

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

PUBLIC HEALTH. Scientific and practical journal

**ТРЕНДЫ РАЗВИТИЯ ГЛОБАЛЬНОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Анализ тематик научных публикаций

**ВЛИЯНИЕ ТАБАКА НА
НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Индивидуальный и популяционный риск

ВОСПРИЯТИЕ ФАКТОРОВ РИСКА

Анализ информационного поля

**ЗДОРОВЬЕ
ВО ВСЕХ
ПОЛИТИКАХ**



ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Научно-практический журнал

Том 4

№ 2 • 2024

ISSN 2782-1676

DOI: 10.21045/2782-1676

Издается с 2021 г. Сайт: <https://ph.elpub.ru/jour>

Периодичность издания – 4 номера в год.

Журнал входит в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ), научную электронную библиотеку «КиберЛенинка».

Все статьи журнала публикуются с указанием цифрового идентификатора объекта (digital object identifier, DOI).

Журнал включен в Перечень ВАК для публикации основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук по специальности 3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история медицины (медицинские науки).

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор **Салагай О.О.**, канд. мед. наук, (Россия)

Заместитель главного редактора **Драпкина О.М.**,

д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Заместитель главного редактора **Кобякова О.С.**,

д-р мед. наук, проф. (Россия)

ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ

Аполихин О.И., д-р мед. наук, проф., чл.-корр. РАН (Россия)

Багненко С.Ф., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Базарчян А.А., канд. мед. наук (Армения)

Бойцов С.А., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Бокерия Л.А., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Брико Н.И., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Брызгалина Е.В., канд. филос. наук, доцент (Россия)

Бушев С.А., канд. филос. наук, доцент (Россия)

Бухтияров И.В., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Зайцева Н.В., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Зинченко Ю.П., д-р. психол. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Кекелидзе З.И., д-р мед. наук, проф., чл.-корр. РАН (Россия)

Колесников С.И., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Путило Н.В., канд. юрид. наук (Россия)

Сайганов С.А., д-р мед. наук, проф. (Россия)

Стародубов В.И., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Тутельян В.А., д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Хабриев Р.У., д-р мед. наук, д-р фармацевт. наук, проф., акад. РАН (Россия)

Хальфин Р.А., д-р мед. наук, проф. (Россия)

Харитонов В.И., д-р ист. наук (Россия)

Черепов В.М., д-р мед. наук, профессор (Россия)

Шляхто Е.В., д-р мед. наук, профессор, академик РАН (Россия)

Клюге Х., д-р наук (Дания)

Жоао Бреда, д-р наук, профессор (Дания)

Рукописи предоставляются
в редакцию по электронной почте:
idmz@mednet.ru

Редакция в обязательном порядке осуществляет
экспертную оценку (рецензирование,
научное и стилистическое редактирование)
всех материалов, публикуемых в журнале.
Более подробно об условиях публикации
см.: <https://ph.elpub.ru/jour>

PUBLIC HEALTH

Scientific and practical journal

Volume 4

№ 2 • 2024

ISSN 2782-1676

DOI: 10.21045/2782-1676

Published since 2021. Website: <https://ph.elpub.ru/jour>

Publication frequency – 4 issues per year

The journal is included in the Russian Science Citation Index, Scientific electronic Library «CyberLeninka»

All articles of the journal are published with a digital object identifier (DOI)

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief **Salagay O.O.**, Ph.D. (Medicine) (Russia)

Deputy Editor-in-Chief **Drapkina O.M.**, D.Sc. (Medicine),

Prof., Acad. of RAS (Russia)

Deputy Editor-in-Chief **Kobyakova O.S.**, D.Sc. (Medicine),

Prof. (Russia)

MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD

Apolikhin O.I., D.Sc. (Medicine), Prof., Corr. Member of the RAS (Russia)

Bagnenko S.F., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Bazarchyan A.A., Ph.D. (Medicine) (Armenia)

Boytsov S.A., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Bokeria L.A., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Briko N.I., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Bryzgalina E.V., Ph.D. Philosopher Sciences, Associate Professor (Russia)

Bushev S.A., Ph.D. Philosopher Sciences, Associate Professor (Russia)

Bukhtiyarov I.V., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Cherepov V.M., D.Sc. (Medicine), Prof. (Russia)

Halfin R.A., D.Sc. (Medicine), Prof. (Russia)

Kekelidze Z.I., D.Sc. (Medicine), Prof. (Russia)

Khabriev R.U., D.Sc. (Medicine), Dr.Sc. (Pharm.), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Kharitonova V.I., Ph.D. (History) (Russia)

Kolesnikov S.I., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS, Advisor of RUS (Russia)

Putilo N.V., Ph.D. (Law) (Russia)

Saiganov S.A., D.Sc. (Medicine), Prof. (Russia)

Shlyakhto E.V., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Starodubov V.I., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Tutelyan V.A., D.Sc. (Medicine), Prof., RAS (Russia)

Zaitseva N.V., D.Sc. (Medicine), Prof., Acad. of RAS (Russia)

Zinchenko Yu.P., D.Sc. (Psychology), Prof., Acad. of RAE (Russia)

Hans Henri P. Kluge, D.Sc. (Denmark)

João Breda, D.Sc., Prof. (Denmark)

Manuscripts are to be submitted
to the editorial office in electronic form:
idmz@mednet.ru

The editorial makes a mandatory expertise
(review, scientific and stylistic editing)
of all the materials to be published
in the journal.
More information of publishing terms is at:
<https://ph.elpub.ru/jour>

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Ключевые тренды развития глобального общественного здравоохранения: 2021–2023 гг.
Цветкова Л. А., Кураков Ф. А., Кармина Р. Л.

4–17

ФАКТОРЫ РИСКА

**Влияние потребления табака на индивидуальный и популяционный риск развития
неинфекционных заболеваний в Российской Федерации**
Салагай О. О., Антонов Н. С., Сахарова Г. М., Стадник Н. М.

18–31

**Особенности процедуры оценки годности к управлению транспортным средством
водителей, ранее лишенных прав за управление транспортным средством
в состоянии опьянения: качественное исследование**
Масякин А. В., Бедина И. А., Харитonenкова Е. Ю., Сазонова А. С., Бедина И. Д.

32–40

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И КОММУНИКАЦИИ

**Анализ структуры информационного поля восприятия факторов риска
неинфекционных заболеваний**
Бузин В. Н.

41–51

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

**Проблема оплаты краткосрочного случая лечения в стационарном отделении скорой
медицинской помощи: анализ и имитационное моделирование**
*Теплов В. М., Стожаров В. В., Цебровская Е. А., Коршунова А. А., Бурыкина В. В.,
Еникеева К. Р., Багненко С. Ф.*

52–60

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

**Эффективность организационно-правовых мер и новых практик
по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Новосибирской области**
*Капустин Д. В., Позднякова Л. Л., Краснова Е. И., Хохлова Н. И., Цой А. К.,
Шульгина Н. И., Стасhevская Ю. А.*

61–68

ПОЗДРАВЛЕНИЯ

Академику Евгению Владимировичу Шляхто – 70 ЛЕТ

69

Академику Оксане Михайловне Драпкиной – 55 ЛЕТ

70

Академику Стилиди Ивану Сократовичу – 60 лет

71

CONTENTS

PUBLIC HEALTH THEORY

Key trends in the development of global public health: 2021–2023

Tsvetkova L.A., Kurakov F.A., Karmina R.L.

4–17

RISK FACTORS

The impact of tobacco consumption on the individual and population risk of non-communicable diseases in the Russian Federation

Salagay O. O., Antonov N. S., Sakharova G. M., Stadnik N. M.

18–31

Features of the procedure for assessing the ability to drive a vehicle of drivers previously deprived of their rights for driving a vehicle while intoxicated: a qualitative study

Masyakin A. V., Bedina I. A., Kharitonenkova E. Yu., Sazonova A. S., Bedina I. D.

32–40

SOCIOLOGY OF HEALTH AND COMMUNICATION

Analysis of the structure of the information field of perception of risk factors for non-communicable diseases

Buzin V.N.

41–51

MEDICAL CARE

The problem of payment for short-term treatment in an inpatient emergency department: analysis and simulation modeling

Teplov V.M., Stozharov V.V., Tsebrovskaya E.A., Korshunova A.A.,

Burykina V.V., Enikeeva K.R., Bagnenko S.F.

52–60

REGIONAL ASPECTS

Effectiveness of organizational and legal measures and new practices to against HIV infection in the Novosibirsk region

Kapustin D. V., Pozdnyakova L. L., Krasnova E. I., Khokhlova N. I., Tsoi A. K.,

Shulgina N. I., Stashevskay Yu. A.

61–68

CONGRATULATIONS

Academician Evgeny Vladimirovich Shlyakhto is 70

69

Academician Oksana Mikhailovna Drapkina is 55

70

Academician Stilidi Ivan Sokratovich is 60

71

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ
Научно-практический журнал
Том 4, № 2, 2024

Свидетельство о регистрации:
ПИ № ФС 77–79669
от 27 ноября 2020 г.

Учредитель: ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России

Главный редактор –
Салагай Олег Олегович

Ответственный редактор –
Куракова Наталия Глебовна,
idmz@mednet.ru

Выпускающий редактор –
Цветкова Лилия Анатольевна,
idmz@yandex.ru

Литературный редактор –
Борисенко Светлана
Владимировна

Компьютерная верстка и дизайн –
Пескова Елена Викторовна

Издатель:
ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России

Адрес издателя и редакции:

127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, 11
Тел.: (495)-618-07-92 (доб. 115)
e-mail: idmz@mednet.ru;
ph@mednet.ru

Подписано в печать: 25.06.2024
Заказ: 115

© ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России,
оформление макета, 2024

PUBLIC HEALTH
Scientific and practical journal
Volume 4, No. 2, 2024

Certificate of registration:
PI No. FS77-79669
of November 27, 2020

Founder: Federal Research Institute
for Health Organization and
Informatics of Ministry of Health
of the Russian Federation

Editor-in-Chief –
Oleg O. Salagay

Executive Editor –
Natalia G. Kurakova
idmz@mednet.ru

Issuing Editor –
Lilia A. Tsvetkova
idmz@yandex.ru

Literary Editor –
Svetlana V. Borisenko
Computer layout and design –
Elena V. Peskova

Publisher:
Federal Research Institute for Health
Organization and Informatics
of Ministry of Health
of the Russian Federation

Publisher and editorial
office address:

11 Dobrolyubova str.,
Moscow, 127254
Tel.: (495)-618-07-92 (# 115)
e-mail: idmz@mednet.ru;
ph@mednet.ru

Signed to the press: 25.06.2024
Order: 115

© Russian Research Institute
of Health, layout design, 2024

КЛЮЧЕВЫЕ ТРЕНДЫ РАЗВИТИЯ ГЛОБАЛЬНОГО ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: 2021–2023 гг.

Л.А. ЦВЕТКОВА¹, Ф.А. КУРАКОВ², Р.Л. КАРМИНА³

^{1, 2, 3} ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-4-17

Аннотация

Целью исследования являлось создание перечня ключевых тематических трендов предметной области «Общественное здравоохранение», оформившихся к концу 2023 г. Достижение цели предполагало решение двух задач: обзор зарубежных публикаций, посвященных анализу ключевых тем общественного здравоохранения в 2021–2023 гг., а также генерацию и анализ выборки самых цитируемых публикаций интернационализированного сегмента в области общественного здравоохранения за тот же период.

Материалы и методы. Формирование коллекции зарубежных публикаций, посвященных анализу трендов предметной области «Общественное здравоохранение» за период 2021–2023 гг., осуществили с использованием поисковой системы PubMed и запроса («TREND*») AND («PUBLIC HEALTH»). Для обзора были отобраны 59 наиболее релевантных публикаций. Для создания коллекции высокоцитируемых публикаций интернационализированного сегмента в области общественного здравоохранения, зафиксированных в исследовательских фронтах по итогам 2023 г., использован аналитический ресурс Clarivate – Essential Science Indicators (ESI).

Результаты исследования. Интеграция результатов двух этапов исследования (экспертных оценок и тематического ландшафта выборки самых цитируемых публикаций в области общественного здравоохранения) обнаружила полное совпадение 7 из 10 трендов развития общественного здравоохранения на современном этапе. В число фронтиров исследуемой тематической области вошли следующие тематические направления: устойчивость национальных систем здравоохранения (1), рост числа психических расстройств (2), рост потребления психоактивных веществ (3), влияние изменения климата на заболеваемость (4), влияние загрязнения окружающей среды на заболеваемость (5), здоровое питание и безопасность пищевых продуктов (6), старение населения (7), нарушения сексуального и репродуктивного здоровья (8), дорожно-транспортный травматизм (9), цифровая трансформация здравоохранения (10), онкологические заболевания (11), заболевания сердечно-сосудистой системы (12), рост инфекционной заболеваемости (13).

Ключевые слова: общественное здравоохранение, тематическая область, исследовательские тренды, исследовательские фронты, высокоцитируемые публикации.

Для цитирования: Цветкова Л.А., Кураков Ф.А., Кармина Р.Л. Ключевые тренды развития глобального общественного здравоохранения: 2021–2023 гг. Общественное здоровье. 2024; 2(4):4–17, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-4-17

Контактная информация: Цветкова Лилия Анатольевна, e-mail: idmz@mednet.ru

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 11.03.2023. **Статья принята к печати:** 30.03.2024. **Дата публикации:** 25.06.2024.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-4-17

KEY TRENDS IN THE DEVELOPMENT OF GLOBAL PUBLIC HEALTH: 2021–2023

L.A. Tsvetkova¹, F.A. Kurakov², R.L. Karmina³

^{1, 2, 3} Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

Abstract

The purpose of the study was to create a list of key thematic trends in the subject area “public health” that had taken shape by the end of 2023. Achieving the goal involved solving two tasks: a review of foreign publications devoted to the analysis of key topics in public health in 2021–2023; and the generation and analysis of a sample of the most cited publications in the internationalized public health segment over the same period.

Materials and methods. The formation of a collection of foreign publications devoted to the analysis of trends in the subject area “public health” for the period 2021–2023 was carried out using the PubMed search engine and the query (“TREND*”) AND (“PUBLIC HEALTH”). 59 most relevant publications were selected for review. To create a collection of highly cited publications in the internationalized segment in the field of public health, recorded in research fronts based on the results of 2023, the Clarivate analytical resource – Essential Science Indicators (ESI) was used.

Research results. Integration of the results of two stages of the study (expert assessments and the thematic landscape of a sample of the most cited publications in the field of public health) revealed a complete coincidence of 7 out of 10 trends in the development of public health at the present stage. The frontiers of the thematic area under study included the following thematic areas: the sustainability of national health systems (1), the increase in the number of mental disorders (2), the increase

in the use of psychoactive substances (3), the impact of climate change on morbidity (4), the impact of environmental pollution on morbidity (5), healthy eating and food safety (6), aging population (7), sexual and reproductive health disorders (8), road traffic injuries (9), digital transformation of health (10), cancer (11), diseases of the cardiovascular system (12), an increase in infectious morbidity (13).

Keywords: public health, subject area, research trends, research fronts, highly cited publications.

For citation: Tsvetkova L.A., Kurakov F.A., Karmina R.L. Key trends in the development of global public health: 2021–2023. Public health. 2024; 2(4):4–17, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-4-17

For correspondence: Liliya A. Tsvetkova, e-mail: idmz@mednet.ru

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

В конце 2023 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала отчет о глобальных расходах на здравоохранение за 2021 г. Вложения в отрасль достигли нового максимума в 9,8 трлн. долл., или 10,3% мирового валового внутреннего продукта (ВВП) [1]. Распределение этих инвестиций оставалось крайне неравномерным: около 11% населения мира проживало в странах, которые тратили менее 50 долл. на человека в год, тогда как средние расходы на здравоохранение на душу населения в странах с высоким уровнем дохода составляли около 4 тыс. долл. Расходы на функционирование больниц, амбулаторно-поликлинических учреждений и аптек составили большую часть трат на здравоохранение во всех группах стран по уровню доходов (65–84%), при этом динамичнее всего росли затраты на профилактическую помощь. Эксперты ВОЗ сомневаются, что рост государственных расходов на здравоохранение сохранится, так как страны переключают внимание на решение текущих острых экономических проблем, таких как высокие темпы инфляции, увеличение обязательств по медицинскому обслуживанию и др.

Вместе с тем, геополитические конфликты, климатический и энергетический кризис продолжают пагубно влиять на общественное здоровье населения планеты, что создает для него новые и взаимосвязанные угрозы и усложняет достижение целей устойчивого развития глобального здравоохранения [2]. Для мониторинга этих проблем важно выделить приоритетные задачи как национальных, так и глобальной систем здравоохранения, что позволит мировому профессиональному сообществу координировать, осуществлять и расширять масштабы совместных действий на национальном и международном уровнях.

Целью настоящего исследования являлось выполнение обзора актуальных направлений развития отечественного и глобального

общественного здравоохранения, а также кластеризация наиболее цитируемых публикаций 2021–2023 гг. для формирования перечня ключевых трендов тематической области, оформившихся к концу 2023 г.

Для достижения цели представлялось необходимым решение двух исследовательских задач: во-первых, выполнить анализ зарубежных публикаций и обзоров, посвященных рассмотрению факторов трансформации национальных и общемировой систем здравоохранения в 2021–2023 гг.; во-вторых, сформировать и проанализировать выборку самых цитируемых публикаций интернационализированного сегмента в области организации здравоохранения за тот же период.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Формирование коллекции зарубежных публикаций, посвященных анализу трендов предметной области «Общественное здравоохранение» за период 2021–2023 гг., осуществили с использованием поисковой системы PubMed и запроса («TREND*») AND («PUBLIC HEALTH»). Для обзора были отобраны 59 наиболее релевантных публикаций из 2576 публикаций, соответствующих заданному поисковому образу.

Для создания коллекции высокоцитируемых публикаций интернационализированного сегмента в области общественного здравоохранения, зафиксированных в исследовательских фронтах по итогам 2023 г., использован аналитический ресурс Clarivate – Essential Science Indicators (ESI). Инструмент ESI [60] является аналитическим приложением к библиографической базе данных научного цитирования Web of Science. Методика выявления исследовательских фронтов в ресурсе ESI основана на кластеризации статей, связанных социцитированием.

Исследовательский фронт (англ. Research Front) – группа высокоцитируемых статей (англ. Highly Cited Papers)¹ за 5-летний период, называемая также «основные статьи», по специальной теме, определенной кластерным анализом на основе меры совместного цитирования (социтирования) статей. Количество социтирований пары статей – количество статей, которые цитируют обе статьи вместе. Кластеры формируются выбором всех статей, которые связаны определенным минимальным порогом социтирования. К исследовательскому фронту также относят более поздние статьи, цитирующие основные статьи, которые сами еще не успели набрать большое количество цитирований, но которые несут информацию о переднем крае фронта. На конец 2023 г. в ESI находится 12761 исследовательских фронтов.

Перед тем как группировать статьи по социтированию устанавливается порог на целочисленную частоту социтирования, чтобы отсеять очень малые значения. Затем социтирования преобразуются в нормализованное социтирование по формуле:

$$\text{Нормализованное социтирование} = \frac{\text{Целочисленная частота социтирования A и B}}{\sqrt{\text{Частота цитирования A} * \text{Частота цитирования B}}}$$

Второй порог устанавливается на эти нормализованные социтирования. Для последнего расчета ESI целочисленный порог был установлен, чтобы отбирать частоты социтирования 2 и больше, а нормализованный порог установлен на уровне 0,1.

Исследовательским фронтам присваивается ряд показателей, которые определяют стадию и направления развития соответствующей области. Количество публикаций во фронте и количество их цитирований дают представление о размере области. Количество цитирований на одну основную статью указывает на направленность или концентрацию усилий научного сообщества. Средний год публикаций и распределение основных статей по годам отражают актуальность тематики, насколько она является «горячей». Семантика часто встречающихся ключевых слов или фраз в заголовках статей

указывает на предметное содержание и тематическую направленность фронта. Исследовательские фронты относят к 22 широким областям исследований ESI на основе области исследования самого часто встречающегося журнала для данного фронта.

Исследовательский фронт, основные (высокоцитируемые) статьи которого подготовлены в течение последних 2–3 лет, указывает на молодой быстрорастущий тренд, поэтому были отобраны только те фронты, основные статьи были созданы не позднее 2020 г.

Выбор ключевых исследовательских фронтов происходит на основе двух показателей: количество основных статей фронта (P) и CPT-показатель. Количество основных статей говорит о размере и также прогрессе фронта. CPT-показатель комбинируется из трех величин: C представляет собой количество статей, цитирующих основные статьи; P – число основных статей; T – возраст цитирующих статей, определяемый, как количество лет прошедших с даты выхода самой ранней из цитирующих статей до публикации самой последней². CPT-показатель определяется как отношение

$$CPT = \frac{C}{(P \cdot T)}$$

Можно видеть, что чем больше цитируемость основных статей и чем моложе цитирующие статьи, тем больше CPT-показатель.

ФАКТОРЫ ТРАНСФОРМАЦИИ НАЦИОНАЛЬНЫХ И ОБЩЕМИРОВОЙ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2021–2023 ГГ.

Национальные системы здравоохранения играют решающую роль в осуществлении медико-санитарных действий, способствующих укреплению здоровья населения планеты и достижению целей устойчивого развития (ЦУР). Перечень основных заболеваний, создающих экономическое бремя для систем здравоохранения, остается неизменным. Онкологические заболевания по-прежнему являются основной причиной смерти во всем мире, на их долю пришлось 19,3 млн. новых случаев заболевания и почти 10,0 млн. смертей в 2020 г. [3]. В 2050 году прогнозируется более 35 миллионов

¹ Статья считается высокоцитируемой, если она входит в 1% самых цитируемых публикаций по данным ESI среди публикаций того же года выхода и той же области исследований ESI. Минимальное число цитирований, необходимое для отнесения статьи к высокоцитируемой, в зависимости от области исследования и года выхода публикации публикуется также в ресурсе ESI.

² Так, если первая из цитирующих статей вышла в 2016 г., а последняя – в 2020 г., то T = 2020–2016 = 4.

новых случаев заболевания раком, что на 77 процентов больше, чем в 2022 году. Как следует из доклада Международного агентства по изучению рака Всемирной организации здравоохранения, быстрорастущая угроза заболевания раком отражает как старение и рост глобального населения, так и изменения в степени подверженности людей факторам риска, связанным с социально-экономическим развитием. «Табак, алкоголь, ожирение и загрязнение воздуха остаются ключевыми факторами роста заболеваемости раком», – отмечается в документе [4]. Сердечно-сосудистые заболевания также вносят существенный вклад в формирование экономического бремени: на их долю пришлось 28% от общего числа смертей в 2021 г. [5] По экспертным оценкам, 536 млн. человек во всем мире страдают диабетом, и их число возрастет к 2045 г. до 783 млн. человек [6]. Приоритизация ВОЗ проблемы диабета имела целью инициацию глобального сдвига в парадигмах систем здравоохранения в отношении усилий по его профилактике и лечению [7].

Однако к концу 2023 г. четко обозначилась целая совокупность новых как внешних, так и внутренних факторов трансформации глобальной и национальных систем здравоохранения, из числа которых авторы исследования выделили топ-10 наиболее часто упоминаемых и акцентированных.

• **Снижение устойчивости национальных систем здравоохранения**

Во время пандемии устойчивость национальных систем здравоохранения подверглась сильному испытанию. Импульсное исследование, проведенное ВОЗ в августе 2020 г., показало, что почти 90% опрошенных стран столкнулись с перебоями в предоставлении медицинских услуг во время пандемии, вызванной COVID-19 [8].

При этом, если развивающиеся страны испытывают, прежде всего, проблемы в области финансирования здравоохранения, развития кадровых ресурсов здравоохранения, инфраструктуры, снабжения, в разработке информатизации систем здравоохранения [9], то среди острых проблем систем здравоохранения развитых стран акцентируются сбои в рецептурном обеспечении лекарственными препаратами, высокая стоимость долгосрочного ухода, услуг по охране психического здоровья, стоматологических услуг и офтальмологической помощи [10]. Проблемы кадрового обеспечения

национальных систем здравоохранения приобрели признаки хронических и глобальных, а также широко распространены из-за неравномерной локализации медицинских работников в разных странах, вовлеченных в активную миграцию из развивающихся стран в развитые [11]. Недостаточная численность медицинского персонала способствует усугублению неравенства доступа к медицинской помощи, которое затрагивает уязвимые группы населения, включая женщин и детей, сельские общины и маргинализированные группы [12]. Дефицит кадрового обеспечения влияет на способность систем здравоохранения предоставлять базовые медицинские услуги, включая охрану здоровья матери и ребенка, борьбу с инфекционными заболеваниями и ведение неинфекционных заболеваний [13].

Серьезные проблемы для общественного здравоохранения стран, еще не оправившихся от последствий COVID-19, создает и всплеск новых инфекционных заболеваний [14]. Укрепление систем первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) становится жизненно важным для эффективного и целостного решения проблем здравоохранения, особенно в регионах с плохой транспортной доступностью [15]. ПМСП имеет важное значение для повышения способности национальных систем здравоохранения противостоять кризисам путем расширения прав и возможностей местного сообщества в области охраны общественного здоровья в ходе организации надзора за вспышками и эпидемиями и быстрого реагирования на резкие скачки спроса на медицинские услуги. Таким образом, ПМСП является «входной дверью» системы здравоохранения, закладывающей основу для совершенствования важнейших функций общественного здравоохранения по реагированию на чрезвычайные ситуации и раннему выявлению неинфекционных патологий [15].

Неустойчивость национальных систем здравоохранения часто обуславливается факторами, выходящими за рамки отрасли. К числу таковых можно отнести задержки и нарушение цепочек поставок, формирование неудовлетворенного потребительского спроса по целому спектру медицинских изделий. Просчеты в государственной информационной политике ряда стран, избыточная жесткость проведенных противоэпидемических мероприятий подорвали доверие к вакцинации и привели к многочисленным протестам против ограничений и карантина [2].

Базовой основой неравенства в отношении здоровья и доступа к медицинским услугам становится бедность. Неравномерное распределение ресурсов общественного здравоохранения за последние годы только усилилось из-за изменения климата и роста числа вооруженных конфликтов. В странах с низким и средним уровнем дохода показатели здоровья хуже, чем в странах с высоким уровнем дохода: ожидаемая продолжительность жизни на 34 года ниже; смертность детей в возрасте до 5 лет примерно в 100 раз выше; смертность в результате межличностного насилия и самоубийств в 30 раз выше, а количество смертей, связанных с устойчивостью к противомикробным препаратам в 12 раз выше [16].

• **Увеличение числа психических расстройств**

Долгое время вопросы психического здоровья и расстройств не были глобальным приоритетом мирового здравоохранения, поскольку основное внимание уделялось инфекционным и неинфекционным заболеваниям [17]. Во многих странах объемы финансирования лечения психических расстройств были незначительными [18]. Между тем, по мнению экспертов Группы по оценке бремени психических расстройств Института показателей и оценки здоровья (Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME), они являются основной причиной инвалидности во всем мире, и нет никаких доказательств снижения этого бремени с 1990 г. [16]. После пандемии частота регистрации психических расстройств превысила показатель частоты выявления различных форм онкологических заболеваний [19].

В докладе ВОЗ о психическом здоровье в мире за 2022 г. указано, что пандемия COVID-19 вызвала рост глобальной распространенности тревоги и депрессии на 25% [17]. Сочетание таких факторов, как изоляция, угроза потери рабочих мест и неопределенности среди населения, рост стоимости жизни, продолжающиеся глобальные конфликты и последствия изменения климата, приводит к эпидемии тревоги и депрессии во всем мире. Одновременно увеличение нагрузок на национальные системы здравоохранения повлияло и на психическое здоровье медицинских работников, что привело к их профессиональному выгоранию [2].

Под влиянием пандемии, войн и насилия психическое здоровье стало приоритетом глобального здравоохранения, поэтому эксперты

ВОЗ рекомендуют странам незамедлительно адаптировать меры реагирования на различные формы нарушения психического здоровья, для чего инициировать и финансировать соответствующие национальные программы [20].

• **Рост потребления психоактивных веществ**

Употребление психоактивных веществ, включая легальные и легкодоступные для населения в большинстве стран мира алкоголь и табак, является на сегодняшний день причиной более 8 млн. смертей в год. Примерно 500 тыс. смертей в год вызваны использованием психоактивных веществ, перечень которых не включает алкоголь и табак [18, 21, 22]. Периодическое нерегулярное или эпизодическое употребление психоактивных веществ привело к потере около 42 млн. лет здоровой жизни в 2017 г., что составляет 1,3% глобального бремени болезней (ГББ) [20]. По оценкам экспертов, около 18 млн. человек во всем мире регулярно употребляют инъекционные наркотики, в том числе 11,1 млн. инфицированных ВИЧ и 4,5 млн. инфицированных гепатитом С [15, 21].

Злоупотребление психоактивными веществами внесло значительный вклад в смещение статистического веса инфекционных заболеваний к неинфекционным в контуре ГББ [18]. В 2017 г. употребление алкоголя и наркотиков составляло 5,1% и 0,9% ГББ соответственно [23]. Согласно Всемирному докладу о наркотиках за 2021 г., подготовленному Управлением по наркотикам и преступности Организации Объединенных Наций (УНП ООН), около 275 млн. человек во всем мире употребляли наркотики хотя бы один раз в 2020 г., что на 22% больше, чем десять лет назад [24].

Для решения этой проблемы общественного здравоохранения необходим более активный и новаторский подход, поскольку традиционные способы криминализации и наказания за распространение и употребление наркотиков оказались неэффективными. Национальным системам здравоохранения предлагается увеличить финансирование и научную обоснованность мероприятий по снижению вреда, при одновременном расширении доступа к лечению и поддержке для тех, кто борется со злоупотреблением психоактивными веществами. Несмотря на то, что общественные образовательные программы и службы поддержки восстановления вносят определенный вклад в борьбу

со злоупотреблением психоактивными веществами, необходим более целостный подход, ориентированный на основные социальные и экономические факторы, способствующие злоупотреблению психоактивными веществами, такие как бедность, безработица, насилие и конфликты [20].

• **Нарастающее загрязнение окружающей среды**

Во всем мире наблюдается рост смертности и количества здоровых лет жизни, потерянных из-за инвалидности (DALY), связанной с загрязнением окружающей среды, особенно загрязнением окружающей среды твердыми частицами [25]. По оценкам ВОЗ, 7 млн. смертей связаны с совместным воздействием загрязнения окружающей среды и воздуха жилищ. Почти все население планеты дышит воздухом, превышающим по показателям рекомендованные ВОЗ нормы по концентрации твердых частиц, при этом страны с низким и средним уровнем дохода подвергаются наибольшему воздействию [26].

Проникновение в тело человека частиц микропластика и пластификаторов приводит к бесплодию, ожирению, эндокринным дисфункциям и злокачественным новообразованиям. Воздействие токсичных тяжелых металлов, таких как ртуть и свинец, содержащихся в топливе и лакокрасочных материалах, по-прежнему является серьезной проблемой популяционного здоровья в странах, которые еще не разработали соответствующее нормативное регулирование. Это лишь один из аспектов более общей проблемы антропогенного загрязнения, возникающего в результате деятельности человека, приводящей к контаминации почвы, воды и воздуха без надлежащего мониторинга и регулирования, особенно в развивающихся странах [26].

• **Изменение климата**

ВОЗ признала изменение климата самой значительной угрозой здоровью, с которой столкнется человечество в среднесрочной перспективе [27]. С повышением температуры и другими климатическими трансформациями меняется глобальный профиль заболеваний. Во-первых, в некоторых регионах впервые появляются (или увеличивается частота случаев) опасные инфекционные заболевания, такие как

лихорадка Денге в Северной и Южной Америке и лихорадка Эбола в Африке. Климатические условия становятся все более комфортными для роста популяций переносчиков болезней, таких как *Aedes aegypti*, что уже привело к увеличению скорости распространения инфекций почти на 10% в период с 1950 по 2018 гг. [28]. Кроме того, изменение климата часто становится причиной экологических катастроф, например, муссонное наводнение 2022 г. в Пакистане, затронувшее более трети населения страны, рассматривается сегодня как особенно серьезное последствие изменения климата [29]. Согласно докладу ЮНИСЕФ, 23% детей (538 млн.) подвергаются воздействию высокой частоты тепловых волн, а к 2050 г. их число увеличится до 1,6–1,9 млрд. [30]. Аномальная жара связана с повышенным риском респираторных и сердечно-сосудистых заболеваний, с ограничением доступа к качественным продуктам питания и с более высоким риском смертности [30]. Вероятность госпитализации с тепловым ударом увеличивается на 37% за каждый дополнительный день воздействия тепловой волны, что особенно критично для состояния здоровья пожилых людей [31].

Несмотря на очевидное влияние изменения климата на глобальное общественное здоровье вопросы адаптации национальных систем здравоохранения были включены в программы управления климатом только на 27-й Конференции сторон ООН по изменению климата (COP27) в 2022 г. [32]. Последствия принятых решений еще предстоит оценить. Несмотря на то, что ВОЗ включает изменение климата в число 10 ключевых компонентов устойчивости систем здравоохранения [33], механизм финансирования общественного здравоохранения в контексте адаптации к этому фактору еще не разработан.

По оценкам ВОЗ, стоимость прямого ущерба климатических трансформаций здоровью населения планеты будет составлять примерно 2–4 млрд. долларов в год к 2030 г. [34]. По мнению Майкла Брауэра (Michael Brauer) [16], руководителя группы по оценке бремени экологических, профессиональных и диетических факторов риска ИМЭ, изменение климата уже влияет на здоровье миллионов людей во всем мире, и, что более важно, будет влиять еще более радикально на протяжении всего этого столетия посредством экстремальных погодных явлений, тепловых стрессов, контаминации продуктов питания, воздуха и воды, ускорения распространения переносчиков инфекций.

• Рост инфекционной заболеваемости

Экспертами прогнозируется дальнейшее увеличение числа и скорости распространения пандемий [35]. Бедность и ограниченный доступ к чистой воде будут способствовать распространению диарейных заболеваний, прежде всего, холеры [35]. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в лечении ВИЧ/СПИДа, сохранится острота проблем [36], связанных с профилактикой рисков передачи инфекции при употреблении инъекционных наркотиков и с отсутствием доступа к антиретровирусной терапии [37]. Малярия все чаще поражает беднейшее и сельское население в странах Африки к югу от Сахары, усугубляя бремя болезни на национальные системы здравоохранения континента [38].

Расширение масштабов инфекционных заболеваний потребует повышения качества и объемов финансирования первичной медико-санитарной помощи, которая закладывает основу для активизации услуг, направленных на профилактику инфекционных заболеваний. Растущее неравенство внутри стран замедляет прогресс ответных мер на распространение инфекционных болезней, что обуславливает необходимость профессионального международного сотрудничества в области оптимизации систем эпидемического надзора и реагирования, а также достижения общей цели улучшения доступа к качественным и недорогим услугам здравоохранения.

• Недоедание, переизбыток и безопасность пищевых продуктов

Недоедание сегодня затрагивает 2,36 млрд. взрослых, что соответствует примерно 29% населения мира [39], а также создает риски патологий развития детей. По состоянию на 2020 г., случаи задержки роста фиксировались у 149 млн. детей в возрасте до 5 лет (21%), а число случаев истощения достигло 45 млн. (6%). В странах с низким и средним уровнем дохода недоедание становится причиной смерти 45% детей в возрасте до 5 лет [39].

Одновременно переизбыток также стало угрозой для общественного здоровья населения мира: примерно 39% взрослых в возрасте 18 лет и старше имеют избыточный вес, а 13% страдают ожирением [39].

При этом здоровое питание становится все более недоступным: цены на продукты выросли на 11% в период с 2020 по 2021 гг. во всем мире

[40]. Пандемия COVID-19 привела к истощению 60 млн. человек в 2022 г. из-за сокращения доступа к продовольствию [41]. Риск недоедания возрастает из-за продолжающихся военных конфликтов [40]. Стихийные бедствия, вызванные изменением климата, нарушают цепочки поставок продовольствия, что привело к усугублению проблемы недоедания в 2023 г. [20, 40].

Контаминация пищевых продуктов превращается все в более серьезную проблему общественного здравоохранения: 1 из 10 человек ежегодно заболевает после употребления зараженной пищи. Это непропорционально сильно влияет на страны с низким и средним уровнем дохода и приводит к росту глобального ежегодного бремени в 33 миллиона DALY и 420 тыс. преждевременных смертей. Глобализация производства и поставок продуктов питания создала условия для простой и быстрой передачи патогенов пищевого происхождения, в том числе устойчивых к противомикробным препаратам [42]. Правительства во всем мире приняли ряд мер по повышению продовольственной безопасности. В 2022 г. Организация Объединенных Наций (ООН) учредила Глобальную группу реагирования на кризисы в области продовольствия, энергетики и финансов [43]. Дополнительное финансирование выделено для оказания помощи странам, наиболее подверженным риску голода [44]. В октябре 2022 г. ВОЗ опубликовала Глобальную стратегию безопасности пищевых продуктов на 2022–2030 гг., ставшую уже третьей с 2002 г. [42], в которой особое внимание уделяется подходу «Единое здоровье», предполагающему сотрудничество и коммуникацию между заинтересованными сторонами в производстве, переработке и распределении пищевых продуктов для снижения рисков утраты их безопасности, а также внедрению улучшенных систем эпиднадзора, мониторинга и оценки рисков для предотвращения, выявления и своевременного реагирования на болезни пищевого происхождения.

• Нарушения сексуального и репродуктивного здоровья

Нарушения сексуального и репродуктивного здоровья приводит к болезням и смерти миллионов людей [45]. К их числу эксперты относят неадекватное комплексное сексуальное образование (КСО) [46], гендерное насилие [47], подростковую беременность [48], ранние браки [49], инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) [50], материнское здоровье [51],

небезопасные аборты [52], неудовлетворенные потребности в планировании семьи [53], бесплодие и рак репродуктивной системы [54], низкую доступность услуг в рамках сексуального и репродуктивного здоровья и права (СРЗП) [48]. Интеграция КСО в национальные учебные программы и системы образования является серьезной проблемой для многих стран, особенно для стран с низким и средним уровнем дохода [55]. Как следствие, в развивающихся странах подростковая беременность случается у 21 млн. девочек в возрасте 15–19 лет, примерно 12 млн. из них рожают [48, 55]. Кроме того, более 12 млн. девушек ежегодно выходят замуж до достижения 18-летнего возраста [49]. Несмотря на то, что глобальные тенденции в области детских браков снизились, ни один регион не находится на пути к достижению задачи ЦУР 5.3 по искоренению этой практики к 2030 г. [49]. Около 800 женщин ежедневно умирают от причин, связанных с беременностью и родами, около 45% всех абортов являются небезопасными, и более 270 млн. женщин по-прежнему имеют неудовлетворенную потребность в планировании семьи [51, 52].

В последние годы обострились такие проблемы, как гендерное насилие и ИППП. Гендерное насилие затрагивает каждую третью женщину в течение жизни [47] и заметно возросло во время пандемии COVID-19 [56]. Специальное исследование ГББ, выполненное в 2019 г., показало увеличение распространенности ИППП на 58,15% по сравнению с 1990 г. [25]. Ежедневно более 1 млн. человек заражаются одной из четырех ИППП: сифилисом, гонореей, хламидиозом и трихомонозом [50]. По данным ВОЗ, на конец 2022 г. насчитывалось 39 млн. человек инфицированных ВИЧ, две трети из них проживали в странах африканского континента [57]. В период пандемии COVID-19 качество и доступ к услугам и лечению этих заболеваний заметно ухудшились [48].

Достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения за счет улучшения доступа к справедливой, недорогой и недискриминационной информации и услугам в области СРЗП является ключом к улучшению демографических результатов и содействию устойчивому развитию. Для решения этих проблем в 2023 г. были предприняты попытки интегрировать СРЗП в систему здравоохранения и образования. Сообществам и правительствам, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, было предложено увеличить финансирование СРЗП с 6,3 млрд. долларов США в 2020 г. до 10,8 млрд. долларов США к 2030 г. Для поддержания прогресса,

достигнутого в области СРЗП и глобального здравоохранения, необходим переход от формата финансирования, зависящего от доноров, к системам самофинансирования [20].

• *Дорожно-транспортный травматизм*

Для людей в возрасте от 15 до 49 лет дорожно-транспортный травматизм остается основной причиной смерти [58]. Несмотря на то, что такие меры, как шлемы, ремни безопасности, подушки безопасности, ограничения скорости и законы, препятствующие вождению в состоянии алкогольного опьянения, доказали свою эффективность, в целом ряде стран не удастся повысить культуру поведения водителей на дороге.

• *Старение населения*

По данным ВОЗ [59] за период с 2015 г. по 2050 г. доля населения мира в возрасте старше 60 лет почти удвоится: с 12% до 22%. В 2020 г. численность населения в возрасте 60 лет и старше превысила численность детей в возрасте до 5 лет. В 2050 г. 80% пожилых людей будут проживать в странах с низким или средним уровнем дохода. Перед всеми странами стоят задачи по подготовке национальных систем здравоохранения и социального обеспечения к максимально эффективной работе в условиях данного демографического сдвига. Нарастающие тенденции старения населения приведут к значительному увеличению числа людей, страдающих деменцией, для надлежащего ухода за которыми необходимо планирование дополнительных объемов медицинских услуг [59].

АНАЛИЗ ВЫБОРКИ ВЫСОКОЦИТИРУЕМЫХ ПУБЛИКАЦИЙ ИНТЕРНАЦИОНАЛИЗИРОВАННОГО СЕКМЕНТА В ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗА 2021–2023 ГГ.

Для верификации представленного перечня трендов глобального общественного здравоохранения, сформированного на основе обзора зарубежных материалов, подготовленных в 2021–2023 гг., был выполнен анализ исследовательских фронтов, зафиксированных специальным аналитическим приложением ESI по итогам 2023 г.

Из 12761 исследовательских фронтов, сформировавшихся на исходе 2023 г., было отобрано

108, относящихся к общественному здравоохранению. Их анализ позволил выделить тематические области общественного здравоохранения, в которых наблюдается особенно высокая цитатная активность и сопоставить их перечень с совокупностью ключевых факторов трансформации глобальной системы здравоохранения, сформированной на основе экспертных оценок.

Созданный кластер фронтов позволил отметить, что последствия пандемии COVID-19 и ее влияния на устойчивость национальных систем здравоохранения по-прежнему являются одной из ключевых тем глобального общественного здравоохранения. Наряду с исследованиями, оценивающими действие различных факторов кризисных ситуаций на результативность ответных мер систем здравоохранения, активно цитируются публикации, обсуждающие такие связанные

с пандемией аспекты, как ее последствия для психического здоровья различных слоев общества и рост употребления психоактивных веществ. В топ-4 трендовых направлений исследований общественного здравоохранения, отраженных во фронтах, вошла цифровая трансформация здравоохранения, в том числе значение цифровых технологий для преодоления последствий пандемии. Наряду с отмеченными трендами в топ-10 самых цитируемых тематических направлений общественного здравоохранения вошли следующие: неравенство в доступности медицинской помощи, особенности медицинской помощи пожилым людям, влияние изменения климата и загрязнения окружающей среды на заболеваемость; здоровое питание, профилактика ожирения; онкологические заболевания и заболевания сердечно-сосудистой системы (таблица 1).

Таблица 1

Тематические направления, в рамках которых сформированы исследовательские фронты глобального общественного здравоохранения: 2023

	Тематическое направление	Количество фронтов в тематическом направлении*	Ключевые слова исследовательских фронтов
1	Психическое здоровье. Влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье	36	- стрессовые события; эмоциональное выгорание; - расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ; - формирование опыта государственной политики; - социальное здоровье; - молодые люди из числа гендерных меньшинств; - психическое здоровье семьи; - религиозное преодоление; - социальная изоляция, одиночество; психическое здоровье пожилых людей; - подростки, карантинный период; - студенты колледжей; - азартные игры онлайн; - асимптотическое поведение, критический показатель, сингулярные коэффициенты; - устойчивость, мультисистемные процессы; - восприятие риска для здоровья; - киберхондрия
2	Национальные системы здравоохранения в условиях пандемии COVID-19 и других кризисных ситуаций	29	- ответные меры национальных систем здравоохранения на эпидемию COVID-19; - кризис политической коммуникации; - здоровый образ жизни в условиях домашней изоляции; - меры социального дистанцирования; - быстро развертываемый карантинный центр; - панические покупки; управление перебоями в поставках; - глобальная база данных общественного здравоохранения; обучение в случае стихийных бедствий; - модель здравоохранения по борьбе с терроризмом, пандемия COVID-19; заражение; смертность; - смертность; медицинское страхование; - смертность от рака молочной железы; различия в состоянии здоровья от рака; Соединенные Штаты; предвзятость в отношении кредитования; - взрослые корейцы, не страдающие диабетом; обследование по изучению питания; - Африка; медицинские услуги; ненадлежащее использование не по назначению; последствия; - Африка; ограничения у сельского населения; широко распространенная передача инфекции; - разработка культурно обоснованных мероприятий по укреплению здоровья; подростки из числа американских индейцев;

	Тематическое направление	Количество фронтов в тематическом направлении*	Ключевые слова исследовательских фронтов
			- психическое здоровье, итальянские спортсмены, китайские подростки, пожилые люди Бразилии; - больницы Нидерландов; - работники больниц в Испании; работники здравоохранения Италии; - Ирландия/общественное здравоохранение Англии; - кожа; барьер слизистой оболочки; китайские эксперты
3	Влияние пандемии COVID-19 на работников здравоохранения	21	- профилактика высокоинфекционных заболеваний; - доконтактная профилактика; - средства индивидуальной защиты; - барьер слизистой оболочки; - карантинная сухость глаз; - оценка риска и реакции антител к SARS-CoV-2 у медицинских работников; - отношение и поведение работников здравоохранения вакцинации против SARS-CoV-2; - специалисты по социальной помощи; - осведомленность, общедоступные знания; - психическое здоровье; модель стресса; - нарушения сна
4	Цифровая трансформация здравоохранения, в том числе в связи с COVID-19	19	- медицинская информатика, быстрое реагирование; - инфодемиологический подход; - большие данные в здравоохранении; - телемедицина; - электронные медицинские карты; - цифровое будущее (после COVID); мониторинг здоровья в городах, цифровые двойники; - Интернет вещей электронного здравоохранения; - роботы для медицинского обслуживания; беспроводная связь; когнитивные вычисления; - мобильные пограничные вычисления с поддержкой мониторинга здоровья 5G; - прогнозирование здоровья, модели машинного обучения, нейронная сеть на основе механизмов внимания
5	Неравенство в доступности медицинской помощи	5	- трудящиеся-мигранты; справедливость в отношении здоровья»; - нормирование ограниченных ресурсов здравоохранения с учетом старения популяции; - Африка; ограничения у сельского населения; - стратегия смягчения последствий пандемии; жилищная политика; - уровень смертности от COVID-19; объяснение различий между странами; потенциал здравоохранения
6	Особенности медицинской помощи пожилым людям	5	- нормирование ограниченных ресурсов здравоохранения с учетом старения популяции; - одиночество; неблагоприятные последствия для здоровья; сообщество пожилых людей; - пожилые люди; физические последствия; социальная изоляция; COVID-19; - карантинные меры COVID-19; стрессовые события в жизни; пожилые люди; - карантин COVID-19; нефизические контакты пожилых людей
7	Влияние изменения климата и загрязнения окружающей среды на заболеваемость	4	- изменение климата; - экстремальные условия запыленности окружающей среды; - потенциальные токсичные элементы; экотоксикологический статус; - загрязнение кадмием
8	Здоровое питание, профилактика ожирения	4	- организация здравоохранения; ретроспективная когорта; ожирение, инфекция SARS-COV-2; - здоровое питание человека; профиль нутрицевтиков; - взрослые корейцы, не страдающие диабетом; обследование по изучению питания за 2013–2014 годы; индекс продуктов накопления липидов; - перспективные фитохимические вещества, нацеленные на диабет; цитрусовые флавоноиды; польза для здоровья
9	Онкологические заболевания	4	- система здравоохранения; получение скрининговых тестов на рак; - глобальная статистика рака за 2020 год; - смертность от рака молочной железы; различия в состоянии здоровья от рака; предвзятость в отношении кредитования; - рекомендации по эпиднадзору после резекции колоректального рака; Ирландия/общественное здравоохранение Англии
10	Заболевания сердечно-сосудистой системы	3	- атеросклероз; воспалительные хемокины; - показатели артериального давления

* Один исследовательский фронт может включать несколько тематических направлений

СОПОСТАВЛЕНИЕ ТОП-10 ТРЕНДОВ ГЛОБАЛЬНОГО ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СФОРМИРОВАННЫХ НА ОСНОВЕ ЭКСПЕРТНЫХ ОЦЕНОК, И ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ФРОНТОВ

Сопоставление топ-10 трендов глобального общественного здравоохранения, сформированных на основе экспертных оценок и исследовательских фронтов (таблица 2), позволило отметить высокий уровень совпадения экспертных оценок и результатов выполненного наукометрического анализа. Из топ-10 трендов, зафиксированных в публикациях аналитиков, 7 – совпали с трендами, отраженными во фронтах исследований. К их числу относятся: снижение устойчивости национальных систем здравоохранения, увеличение числа психических расстройств, рост потребления психоактивных веществ, влияние изменения климата на заболеваемость, влияние загрязнения окружающей среды на заболеваемость, здоровое питание и безопасность пищевых продуктов, старение населения (таблица 2).

Представляется обоснованным дополнить перечень семи совпавших трендов глобального

общественного здравоохранения, сформированных на основе экспертных оценок, и исследовательских фронтов, двумя трендами из рейтинга экспертов (нарушения сексуального и репродуктивного здоровья, дорожно-транспортный травматизм) и тремя тематическими направлениями топ-10 исследовательских фронтов (цифровая трансформация здравоохранения, онкологические заболевания и заболевания сердечно-сосудистой системы).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на то, что исследовательская повестка специалистов в области общественного здравоохранения во всех странах отражает, в первую очередь, приоритизацию проблем национальных систем здравоохранения, не утрачивает актуальность задача определения круга сохраняющихся (в силу своей нерешенности) и новых вызовов поддержания популяционного здоровья. Как показывают наукометрические исследования, публикации именно по таким тематическим направлениям вызывают максимально

Таблица 2

Сопоставление топ-10 трендов глобального общественного здравоохранения, сформированных на основе экспертных оценок и исследовательских фронтов: 2023

Топ-10 трендов глобального общественного здравоохранения на основе экспертных оценок	Топ-10 трендов глобального общественного здравоохранения на основе исследовательских фронтов
Снижение устойчивости национальных систем здравоохранения	Национальные системы здравоохранения в условиях пандемии COVID-19 и других кризисных ситуаций; Влияние пандемии на работников здравоохранения; Неравенство в отношении здоровья
Увеличение числа психических расстройств	Психическое здоровье. Влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье
Рост потребления психоактивных веществ	Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ
Рост инфекционной заболеваемости	----
Влияние изменения климата на заболеваемость	Влияние изменения климата на заболеваемость
Влияние загрязнения окружающей среды на заболеваемость	Влияние загрязнения окружающей среды на заболеваемость
Недоедание, переедание и безопасность пищевых продуктов	Ожирение, здоровое питание
Старение населения	Здоровье пожилых людей; Нормирование ограниченных ресурсов здравоохранения с учетом старения популяции
Нарушения сексуального и репродуктивного здоровья	----
Дорожно-транспортный травматизм	----
----	Цифровая трансформация здравоохранения, в том числе в связи с COVID-19
----	Онкологические заболевания
----	Заболевания сердечно-сосудистой системы

интенсивную рефлексию научного сообщества, проявляющуюся в высоком цитировании.

Выполненный обзор зарубежных публикаций, целью которых являлось выделение ключевых и динамично развивающихся направлений исследований в области общественного здравоохранения в 2020–2023 гг., а также результаты наукометрического анализа с использованием аналитического сервиса Essential Science Indicators (ESI), идентифицирующего исследовательские фронты глобальной науки на основе кластеризации статей, связанных со цитированием, позволили сформировать перечень трендов общественного здравоохранения, актуальный на конец 2023 г. В число фронтиров

исследуемой тематической области вошли следующие тематические направления: устойчивость национальных систем здравоохранения (1), рост числа психических расстройств (2), рост потребления психоактивных веществ (3), влияние изменения климата на заболеваемость (4), влияние загрязнения окружающей среды на заболеваемость (5), здоровое питание и безопасность пищевых продуктов (6), старение населения (7), нарушения сексуального и репродуктивного здоровья (8), дорожно-транспортный травматизм (9), цифровая трансформация здравоохранения (10), онкологические заболевания (11), заболевания сердечно-сосудистой системы (12), рост инфекционной заболеваемости (13).

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. WHO calls on governments for urgent action to invest in Universal Health Coverage. – URL: <https://www.who.int/news/item/11-12-2023-who-calls-on-governments-for-urgent-action-to-invest-in-universal-health-coverage>
2. Global Health and Healthcare Strategic Outlook: Shaping the Future of Health and Healthcare. INSIGHT REPORT JANUARY2023. / World Economic Forum in collaboration with L.E.K. Consulting, 2023. URL: https://www3.weforum.org/docs/WEF_Global_Health_and_Healthcare_Strategic_Outlook_2023.pdf
3. Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2021; 71(3): 209–249. Available from: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.3322/caac.21660>
4. Global cancer cases to rise by more than 75% by 2050, WHO predicts | Cancer | The Guardian, 01.02.2024 – URL: <https://www.theguardian.com/society/2024/feb/01/global-cancer-cases-to-rise-by-more-than-75-by-2050-who-predicts>
5. Razo C., Welgan C.A., Johnson C.O., et al. Effects of elevated systolic blood pressure on ischemic heart disease: a Burden of Proof study. *Nature Medicine*. 10 October 2022. 10.1038/s41591-022-01974-1.
6. Sun H., Saeedi P., Karuranga S., et al. IDF Diabetes Atlas: global, regional, and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract*. 2022; 183:109119. 10.1016/j.diabres.2021.109119. Epub 2021 December 6. PMID: 34879977.
7. Gregg E.W., et al. (2023) Improving health outcomes of people with diabetes: target setting for the WHO Global Diabetes Compact. *The Lancet*. doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00001-6.
8. World Health Organization, Global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic, 2021.
9. Roncarolo F., Boivin A., Denis J.L., Hébert R., Lehoux P. What do we know about the needs and challenges of health systems? A scoping review of international literature. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17(1): 636.
10. Dwyer-Lindgren L., Bertozzi-Villa A., Stubbs R.W., et al. Trends and patterns of differences in infectious disease mortality among US counties, 1980–2014. *JAMA*. 2018; 319(12): 1248–1260.
11. Marchildon G.P., Allin S., Merkur S. Canada: Health system review. *Health Syst Transit*. 2020; 22(3): 1–194.
12. Kiény M.P., Evans D.B., Schmets G., Kadandale S. Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. *Bull World Health Organ*. 2014; 92(12): 850.
13. World Health Organization. Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals. World Health Organization; 2016
14. Odey G.O., Alawad A.G.A., Atieno O.S., et al. COVID-19 pandemic: impacts on the achievements of sustainable development goals in Africa. *Pan Afr Med J*. 2021; 38: 251.
15. WHO. Primary health care [Internet]. 2021. Cited November 13, 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
16. Annie Chan. 11 global health issues to watch in 2023, according to IHME experts/ IHME, 20.12.2022. – URL: <https://www.healthdata.org/news-events/insights-blog/acting-data/11-global-health-issues-watch-2023-according-ihme-experts>
17. World Health Organization. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. 2022. Accessed on November 25, 2022. Available at: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
18. Whiteford H.A., Degenhardt L., Rehm J., et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet North Am Ed*. 2013; 382(9904): 1575–1586. 10.1016/s0140-6736(13)61611-6
19. World Economic Forum. Health and healthcare. These are the world's top health concerns in 2023. 2022. World Economic Forum. Accessed on November 25, 2022. Available from: <https://www.weforum.org/agenda/2022/11/global-healthcare-mental-health-survey/>
20. Lucero Prisco D.E., Shomuyiwa D.O., Kouwenhoven M.B.N., et al. Top 10 public health challenges to track in 2023: Shifting focus beyond a global pandemic. *Public Health Challenges*, 2023, DOI: 10.1002/puh2.86, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/puh2.86>
21. WHO. Drugs (psychoactive). 2020. Available at: https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_2
22. United Nations. World drug report 2022. 2022. Available at: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
23. 20 GBD2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases

- and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. University of Leicester; 2018. Journal contribution. <https://hdl.handle.net/2381/45609>
24. United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. World Drug Report 2021: pandemic effects ramp up drug risks, as youth underestimate cannabis dangers. 2021. Accessed: February 10, 2023. Available from: https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2021/June/unodc-world-drug-report-2021_-pandemic-effects-ramp-up-drug-risks-as-youth-underestimate-cannabis-dangers.html
25. Murray C.J.L., Aravkin A.Y., Zheng P., et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* [Internet]. 2020; 396(10258): 1223–1249. 10.1016/S0140-6736(20)30752-2
26. World Health Organization. WHO global air quality guidelines. World Health Organization; 2021: 1–360.
27. World Health Organization. Climate change and health [Internet]. World Health Organization. 2022. Accessed: November 20, 2022. Available from: <https://www.who.int/health-topics/climate-change>
28. Kulkarni M.A., Duguay C., Ost K. Charting the evidence for climate change impacts on the global spread of malaria and dengue and adaptive responses: a scoping review of reviews. *Global Health*. 2022; 18: 1. 10.1186/s12992-021-00793-2
29. Siddiqui T., Saadat A., Ameen A.M. Devastating flood emergency in Pakistan – a recent threat to the country's health care system. *Ann Med Surg* (Lond). 2022; 82:104633. 10.1016/j.amsu.2022.104633
30. UNICEF. Heatwaves report. UNICEF; 2022 October 25. Accessed November 20, 2022. Available from: <https://www.unicef.org/press-releases/heatwaves-report>
31. Wang Y., Shi L., Zhao X., Zhang J., Song X. Prevalence of heat waves and its association with health outcomes among adults aged 45 years and older in the United States, 2000–2018. *Environ Health*. 2021; 20(1): 1–11. 10.1186/s12940-021-00803-1
32. COP27. Glasgow Sharm el-Sheikh work programme on the global goal on adaptation referred to in decision 7/ CMA.3. UNFCCC; 2022. Accessed: November 29, 2022. Available from: https://unfccc.int/sites/default/files/resource/GGA_AUV.pdf
33. World Health Organization. Operational framework for building climate resilient health systems. World Health Organization; 2015. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565073>
34. World Health Organization. Climate change and health, 31 October 2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>.
35. Nii-Trebi NI. Emerging and neglected infectious diseases: insights, advances, and challenges. *Biomed Res Int*. 2017; 2017:5245021. 10.1155/2017/5245021
36. Institute of Medicine (US). Informing the Future: Critical Issues in Health. 2nd ed. National Academies Press (US); 2003. Global health and infectious disease. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216159/>
37. UNAIDS. The Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS (UNAIDS) Global AIDS Update. 2022. Accessed on December 3, 2022. Available from: <https://indanger.unaids.org/>
38. The Commonwealth. The Commonwealth Malaria Report. 2022: 1–25. Accessed on December 3, 2022. Available from: <https://reliefweb.int/report/world/commonwealth-malaria-report-2022>
39. World Health Organization. Malnutrition [Internet]. 2021. World Health Organization. Accessed November 29, 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
40. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2022. Repurposing food and agricultural policies to make healthy diets more affordable. FAO; 2022. doi:10.4060/cc0639en
41. Osendarp S., Verburg G., Bhutta Z., et al. Act now before the Ukraine war plunges millions into malnutrition. *Nature*. 2022; 604: 620–624. 10.1038/d41586-022-01076-5
42. World Health Organization. WHO Global Strategy for Food Safety 2022–2030. World Health Organization; 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057685>
43. UNCTAD. The Netherlands commits \$1.9 million support to the UN Global Crisis Response Group on Food, Energy and Finance [Internet]. UNCTAD; 2022 November 10. Accessed: November 29, 2022. Available from: <https://unctad.org/news/netherlands-commits-19-million-support-un-global-crisis-response-group-food-energy-and-finance>
44. European Commission. G20: €210 million in food assistance for most vulnerable worldwide [Internet]. European Commission; 2022 November 14. Accessed: November 29, 2022. Available from: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_6448
45. United Nations Population Fund. Sexual and reproductive health. United Nations Population Fund. April 19, 2022. Accessed: November 17, 2022. <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health#readmore-expand>
46. Chavula M.P., Zulu J.M., Hurtig A.K. Factors influencing the integration of comprehensive sexuality education into educational systems in low-and middle-income countries: a systematic review. *Reprod Health*. 2022; 19(1): 1–25. 10.1186/s12978-022-01504-9
47. World Bank. Gender-based violence (violence against women and girls). World Bank. 2019. <https://www.worldbank.org/en/topic/socialsustainability/brief/violence-against-women-and-girls>
48. Lucero-Prisno D.E., Kouwenhoven M.B.N., Adebisi Y.A., et al. Top ten public health challenges to track in 2022. *Public Health Chall*. 2022; 1: e21. 10.1002/puh2.21
49. Batyra E., Pesando L.M. Trends in child marriage and new evidence on the selective impact of changes in age-at-marriage laws on early marriage. *SSM Popul Health*. 2021; 14:100811. 10.1016/j.ssmph.2021.100811
50. World Health Organization. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022–2030. World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
51. United Nations Population Fund. Maternal health. United Nations Population Fund; May 1, 2022. Accessed: November 17, 2022. <https://www.unfpa.org/maternal-health#readmore-expand>
52. World Health Organization. Abortion. World Health Organization; November 21, 2021. Accessed: November 17, 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
53. US Agency for International Development (USAID). Family planning and reproductive health. USAID; November 18, 2021. Accessed: November 17, 2022. <https://www.usaid.gov/global-health/health-areas/family-planning>
54. Ghebreyesus T.A., Kanem N. Defining sexual and reproductive health and rights for all. *Lancet North Am Ed*. 2018; 391(10140): 2583–2585.
55. Chavula M.P., Zulu J.M., Hurtig A.K. Factors influencing the integration of comprehensive sexuality education into educational systems in low-and middle-income countries: a systematic review. *Reprod Health*. 2022; 19(1): 1–25. 10.1186/s12978-022-01504-9
56. Odey G.O., Amusile O., Oghenetjiri P.O., David S., Adi A., Lucero-Prisno D.E. Period during a pandemic: the neglected reality of Nigerian girls and women. *Public Health Pract*.

- 2021; 2:100196. ISSN 2666-5352, doi:10.1016/j.puhip.2021.100196
57. World Health Organization. HIV. World Health Organization; November 21, 2021. Accessed: November 17, 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

58. VizHub – GBD Compare. URL: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>
59. Ageing and health / WHO, 01.11.2022 г. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
60. <https://esi.clarivate.com/>

ES

TENDENCIAS CLAVE EN EL DESARROLLO DE LA SALUD PÚBLICA MUNDIAL: 2021–2023

L.A. Tsvetkova, F.A. Kurakov, R.L. Carmina

Anotación

El objetivo del estudio era crear una lista de tendencias temáticas claves en el área de “Salud pública” que habían sido formados a finales de 2023. Para lograr el objetivo fue necesario resolver dos tareas: una revisión de publicaciones extranjeras dedicadas al análisis de temas clave en salud pública en 2021–2023, así como la generación y análisis de una selección de publicaciones más citadas del segmento internacionalizado en el campo de la salud pública durante el mismo período.

Materiales y métodos. La creación de una colección de publicaciones extranjeras dedicadas al análisis de tendencias en el área de “Salud Pública” para el período 2021–2023 se realizó mediante el sistema de búsqueda PubMed y la consulta (“TENDENCIA*” Y (“SALUD PÚBLICA”). Se seleccionaron 59 publicaciones más relevantes para su revisión. Para crear una colección de publicaciones mayormente citadas en el sector internacionalizado del campo de la salud pública, registradas en los frentes de investigación con base a los resultados del 2023, se utilizó el recurso analítico Clarivate – Essential Science Indicators (ESI).

Resultados de la investigación. La integración de los resultados de dos etapas del estudio (evaluaciones de expertos y panorama temático de una muestra de las publicaciones más citadas en el campo de la salud pública) reveló una completa coincidencia de 7 de cada 10 tendencias en el desarrollo de la salud pública en la etapa actual. Dentro de los límites del espacio temático investigado incluyeron las siguientes áreas direccionadas a: la sostenibilidad de los sistemas nacionales de salud (1), el aumento del número de trastornos mentales (2), el aumento del uso de sustancias psicoactivas (3), el impacto del cambio climático en la morbilidad (4), el impacto de la contaminación ambiental en la morbilidad (5), alimentación saludable y seguridad alimentaria (6), envejecimiento de la población (7), trastornos de la salud sexual y reproductiva (8), lesiones causadas por accidentes de tránsito (9), transformación digital de la salud (10), cáncer (11), enfermedades cardiovasculares (12), aumento de enfermedades infecciosas (13).

Palabras clave: salud pública, área temática, tendencias de investigación, frentes de investigación, publicaciones altamente citadas.

FR

PRINCIPALES TENDANCES DU DÉVELOPPEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE MONDIALE: 2021–2023

L.A. Tsvetkova, F.A. Kurakov, R.L. Carmine

Annotation

L'objectif de l'étude était de dresser une liste des tendances thématiques clés dans le domaine «Santé publique» qui avaient pris forme à la fin de 2023. Pour atteindre cet objectif, il fallait résoudre deux tâches: une revue des publications étrangères consacrées à l'analyse de sujets clés de la santé publique en 2021–2023, ainsi que la génération et l'analyse d'une sélection des publications les plus citées du segment internationalisé dans le domaine de la santé publique au cours de la même période.

Matériels et méthodes. La constitution d'une collection de publications étrangères consacrée à l'analyse des tendances dans le domaine «Santé publique» pour la période 2021–2023 a été réalisée à l'aide du moteur de recherche PubMed et de la requête («TREND*») ET («PUBLIC HEALTH»). 59 publications les plus pertinentes ont été sélectionnées pour examen. Pour créer une collection de publications très citées dans le segment internationalisé dans le domaine de la santé publique, enregistrées sur les fronts de recherche sur la base des résultats de 2023, la ressource analytique Clarivate – Essential Science Indicators (ESI) a été utilisée.

Résultats de recherche. L'intégration des résultats de deux étapes de l'étude (expertises et paysage thématique d'un échantillon des publications les plus citées dans le domaine de la santé publique) a révélé une coïncidence complète de 7 tendances sur 10 dans l'évolution de la santé publique au stade actuel. Les frontières du domaine thématique étudié comprenaient les domaines thématiques suivants: la durabilité des systèmes de santé nationaux (1), l'augmentation du nombre de troubles mentaux (2), l'augmentation de la consommation de substances psychoactives (3), l'impact du changement climatique sur la morbidité (4), l'impact de la pollution environnementale sur la morbidité (5), une alimentation saine et la sécurité alimentaire (6), le vieillissement de la population (7), les troubles de la santé sexuelle et reproductive (8), les accidents de la route (9), transformation numérique de la santé (10), cancer (11), maladies du système cardiovasculaire (12), augmentation de la morbidité infectieuse (13).

Mots-clés: santé publique, domaine thématique, tendances de la recherche, fronts de recherche, publications très citées.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Цветкова Лилия Анатольевна – канд. биол. наук, заведующая научно-техническим и редакционным отделом ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Liliya A. Tsvetkova – Ph.D. (Biology), the Russian Research Institute of Health, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

ORCID: 0000-0001-9381-4078, e-mail: idmz@yandex.ru

Кураков Федор Александрович – главный специалист научно-технического и редакционного отдела ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Fedor A. Kurakov – Chief Specialist of the Scientific, Technical and Editorial Department of the Russian Research Institute of Health, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

ORCID: 0000-0003-4868-3990, e-mail: fedkurakov@yandex.ru

Кармина Раиса Леонидовна – аналитик 1 категории отдела аналитики и мониторинга ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Raisa L. Karmina – Category 1 Analyst, Analytics and Monitoring Department of the Russian Research Institute of Health, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

ORCID: 0009-0006-6567-4235, e-mail: r.karmina@yandex.ru

ВЛИЯНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА НА ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ И ПОПУЛЯЦИОННЫЙ РИСК РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

О.О. САЛАГАЙ¹, Н.С. АНТОНОВ², Г.М. САХАРОВА², Н.М. СТАДНИК^{2,3}

¹ Министерство здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия;

² ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия;

³ Федеральная служба государственной статистики, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-18-31

Аннотация

Целью исследования являлась оценка индивидуальных и популяционных рисков развития 20 неинфекционных заболеваний среди взрослого населения Российской Федерации.

Материалы и методы. В исследовании использовалась база данных Выборочного наблюдения состояния здоровья населения, проведенного Росстатом в 2023 г. Для оценки риска развития заболевания при потреблении табака были сформированы группы: потребители табака в настоящее время и лица, никогда не употреблявшие табачные изделия. Производился расчет распространенности потребления табака и никотиновой зависимости разной степени тяжести. Связь между потреблением табака и развитием заболевания оценивалась с помощью индивидуального относительного риска (RR), а также RR, скорректированного по возрасту (RRвоз), и RR в зависимости от степени никотиновой зависимости (RRснз). Влияние потребления табака на общественное здоровье оценивалось с помощью популяционного атрибутивного риска.

Результаты. Распространенность потребления табака/никотина в 2023 г. составила среди взрослого населения 21,3%, мужчин – 35,0% и женщин – 10,2%. Никотиновая зависимость средней и выше степени выявлялась у 16,7% всего взрослого населения, 28,9% мужчин и 6,9% женщин. При оценке RRвоз среди всего взрослого населения табак определялся как фактор риска только для пяти заболеваний. Оценка RRснз позволила выявить 13 заболеваний, для которых употребление табака являлось фактором риска с дозозависимым эффектом. Для большинства из этих болезней RR при употреблении табака у женщин был выше, чем у мужчин.

Заключение. Табак является сильным фактором риска развития неинфекционных заболеваний, и в популяции в 2013 г. с ним было связано дополнительно не менее 3–11% случаев заболеваний, которые можно было бы предотвратить за счет снижения распространенности потребления табака в популяции.

Ключевые слова: табак, табакокурение, распространенность потребления табака, никотиновая зависимость, неинфекционные заболевания, индивидуальные риски табака, популяционные риски табака.

Для цитирования: Салагай О.О., Антонов Н.С., Сахарова Г.М., Стадник Н.М. Влияние потребления табака на индивидуальный и популяционный риск развития неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Общественное здоровье. 2024; 2(4):18–31, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-18-31

Автор для корреспонденции: Сахарова Галина Михайловна; e-mail: sakharovagm@mednet.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 11.03.2023. **Статья принята к печати:** 30.03.2024. **Дата публикации:** 25.06.2024.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-18-31

THE IMPACT OF TOBACCO CONSUMPTION ON THE INDIVIDUAL AND POPULATION RISK OF NON-COMMUNICABLE DISEASES IN THE RUSSIAN FEDERATION

O.O. Salagay¹, N.S. Antonov², G.M. Sakharova², N.M. Stadnik^{2,3}

¹ Ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia; ² Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia;

³ The Federal State Statistics Service, Russia.

Abstract

The aim of the study was to assess the individual and population risks of 20 non-communicable diseases (NCD) among the adult population of the Russian Federation.

Materials and methods. The study used a database of Selective monitoring of the health status of the population conducted by Rosstat in 2023. To estimate the association of tobacco consumption with NCD, two groups were analyzed: current tobacco users and people who have never used tobacco. The prevalence of tobacco use and nicotine dependence were calculated. The relationship between tobacco consumption and development of disease was assessed using individual relative risk (RR), as well as age-adjusted RR (RRv) and nicotine dependence-adjusted RR (RRn). The impact of tobacco consumption on public health was assessed using population attributable risk.

Results. The prevalence of tobacco/nicotine consumption in 2023 was 21.3% among the adults, 35.0% among men and 10.2% among women. Nicotine dependence of moderate and higher degree was detected in 16.7% of the total adult population, 28.9% of men and 6.9% of women. When assessing RRv, tobacco was identified as a risk factor for only five diseases. RRn assessment revealed 13 diseases for which tobacco was a risk factor with a dose-dependent effect. For most of these diseases, RR in women was higher than in men.

Conclusion. Tobacco is a strong risk factor for the most of NCD. In the population in 2013, at least 3–11% of additional cases of NCD was associated with tobacco that could be prevented by tackle of the tobacco consumption.

Keywords: tobacco, tobacco smoking, prevalence of tobacco use, nicotine addiction, non-communicable diseases, individual relative risk of tobacco, population attributable risk of tobacco.

For citation: Salagay O.O., Antonov N.S., Sakharova G.M., Stadnik N.M. The impact of tobacco consumption on the individual and population risk of non-communicable diseases in the Russian Federation. Public health. 2024; 2(4):18–31, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-18-31

Corresponding author: Galina M. Sakharova; sakharovagm@mednet.ru

Conflict of interest. None declared.

Funding. The study had no sponsorship.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

К настоящему времени накоплены убедительные доказательства того, что употребление табака вызывает различные неинфекционные заболевания, к которым, в первую очередь, относятся злокачественные новообразования, сердечно-сосудистые и хронические респираторные заболевания [1].

Song S. с соавт. [2] провели исследование по влиянию курения на заболеваемость злокачественными новообразованиями. Было показано, что дополнительная заболеваемость новообразованиями связана с курением табака в 9,17% случаев. Авторы делают вывод о том, что снижение распространенности потребления табака позволит избежать значительного числа случаев злокачественных новообразований в будущем.

Dillinger с соавт. [3] изучали у курящих людей взаимосвязь уровня монооксида углерода выдыхаемого воздуха с неблагоприятными сердечно-сосудистыми событиями (смерть, остановка сердца при реанимации, кардиогенный шок) при госпитализации, а также с наступлением смерти в течение 1 года после выписки из стационара. Было выявлено, что повышение уровня CO выше 11 ppm было статистически значимо связано с увеличенной в 6 раз смертностью в течение 1 года после выписки из стационара, а также в 10 раз более частым наступлением неблагоприятных сердечно-сосудистых событий при госпитализации.

Bugiardini с соавт. [4] изучали ожидаемую продолжительность здоровой жизни 70953 человек

из 7 стран Юго-Восточной Европы (без острого коронарного синдрома) в зависимости от таких поведенческих факторов риска, как активное курение, артериальная гипертензия, сахарный диабет и гиперхолестеринемия. Исследователи установили, что продолжительность жизни без острого коронарного синдрома у лиц, подверженных действию факторов риска, была снижена на 5 лет по сравнению с лицами, не подверженными действию факторов риска. Анализ индивидуальных относительных рисков (RR) выявил, что активное курение являлось наиболее сильным фактором риска наступления острого коронарного синдрома как у женщин (RR=3,96, 95% ДИ 3,72–4,20), так и у мужчин (RR=2,82, 95% ДИ 2,71–2,93).

Одним из самых распространенных в мире клинических симптомов НИЗ является кашель. Abosid H. с соавт. [5] в рамках исследования «Бремя обструктивных заболеваний легких» провели перекрестный анализ данных 33983 взрослых 40 лет и старше из 34 стран для оценки распространенности хронического кашля и выявления факторов риска. По данным исследования общая распространенность кашля составила 11,8% с широким разбросом среди стран: от 3% в Индии до 24% в США. Наиболее сильными факторами риска хронического кашля было активное курение табака (RR=2,07, 95% ДИ 1,73–2,48) и наличие в воздухе промышленных поллютантов (RR=1,64, 95% ДИ 1,47–1,84). Глобальный атрибутивный популяционный риск (PAR), связанный с активным курением, составил 1,47.

В последнее десятилетие были проведены проспективные исследования, которые выявили связь курения табака с другими заболеваниями, включая хроническую болезнь почек (ХБП), грипп и психические расстройства. Xia J. с соавт. [6] провели систематический обзор и мета-анализ 15 проспективных когортных исследований, включающих 65064 случаев ХБП. Авторы показали, что курение табака является независимым фактором риска развития ХБП как у нынешних ($RR=1,34$, 95% ДИ 1,23–1,47), так и у бывших курильщиков ($RR=1,15$, 95% ДИ 1,08–1,23). Кроме того, было выявлено влияние курения табака на течение ХБП. Так, индивидуальный относительный риск развития терминальной стадии почечной недостаточности у нынешних курильщиков составил 1,91, а для бывших курильщиков – 1,44.

Lawrence H. с соавт. [7] провели мета-анализ девяти исследований «случай-контроль», в которых изучался грипп, подтвержденный микробиологическими методами, с общим числом 40685 участников. По результатам исследования показано, что у нынешних курильщиков вероятность заболеть гриппом была в 5 раз выше, чем у некурящих. Кроме того, у курильщиков вероятность развития гриппоподобного заболевания была на 34% выше, чем у некурящих. Наиболее сильная связь выявлялась в исследованиях, в которых изучались случаи лабораторно подтвержденного гриппа.

Barbhaiya M. с соавт. [8] в своем исследовании здоровья медсестер с общим числом участников 238131 показали, что у нынешних курильщиков по сравнению с теми, кто никогда не курил, индивидуальный относительный риск развития системной красной волчанки был значимо повышен ($RR=1,86$, 95% ДИ 1,14–3,04), в то время как у бывших курильщиков риск был такой же, как у никогда не куривших.

Chan с соавт. [9] в течение 12 лет (2008–2020 гг.) наблюдали за 512000 взрослыми людьми, у которых оценивался курительный статус, заболеваемость, случаи госпитализации и смерти. В ходе наблюдения у курящих людей исследователи выявили 1137603 событий, связанных с 476 заболеваниями, кодируемыми по МКБ-10. Выявленные заболевания входили в 18 классов болезней по МКБ-10. Анализ индивидуальных относительных рисков показал, что активное курение было значимо связано с повышенным риском развития заболеваний из 10 классов болезней по МКБ-10, включая инфекционные и паразитарные болезни ($RR=1,07$, 95% ДИ 1,03–1,11), новообразования ($RR=1,34$, 95% ДИ 1,30–1,38), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения

обмена веществ ($RR=1,05$, 95% ДИ 1,02–1,09), болезни системы кровообращения ($RR=1,10$, 95% ДИ 1,08–1,12) и органов дыхания ($RR=1,18$, 95% ДИ 1,16–1,21). Таким образом, исследование показало, что курение табака статистически значимо связано с развитием широкого спектра заболеваний.

Все вышеперечисленные доказательства свидетельствуют о том, что важной стратегией борьбы с НИЗ должна стать государственная политика, направленная на снижение действия факторов риска. Тем не менее, как показали Luk N с соавт. [10], несмотря на очевидную необходимость внедрения рекомендованной ВОЗ политики в области НИЗ, ее реализация в последние годы замедлилась. Оценка доли случаев НИЗ, связанных с потреблением табака, которых можно было бы избежать, позволяет понять уровень необходимого потенциального воздействия, направленного на снижение потребления табака, а также значение профилактических программ.

Целью данного исследования являлась оценка индивидуальных и популяционных рисков развития 20 неинфекционных заболеваний, связанных с потреблением табака, среди населения Российской Федерации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данном исследовании были использованы результаты Выборочного наблюдения состояния здоровья населения, проведенного Росстатом в 2023 г. во всех субъектах Российской Федерации с охватом 60 тыс. домохозяйств. Обследование проводилось среди всего населения Российской Федерации.

Вопросник наблюдения для взрослых (лиц в возрасте 15 лет и старше) включал блок вопросов о потреблении табачных изделий, а также о наличии у респондентов любых диагностированных из 20 заболеваний или состояний: артериальная гипертония, инсульт, инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, нарушение сердечного ритма, сердечная недостаточность, онкологические заболевания, заболевания печени/гепатит, желчнокаменная болезнь/холецистит, язва желудка или 12-перстной кишки, заболевание почек (в том числе мочекаменная болезнь), болезни щитовидной железы, сахарный диабет, остеохондроз/спондилит, остеопороз, ревматоидный артрит/артропатия, подагра, хронический бронхит, бронхиальная астма, варикозное расширение вен.

Блок вопросов о потреблении табачных изделий включал вопросы о ежедневном или периодическом

употреблении любых курительных табачных изделий (сигареты, самокрутки, сигары, сигариллы, кальян с табаком и другие) и/или бездымного табака (жевательный, сосательный и нюхательный табак), а также электронных средств доставки никотина (ЭСДН), включая изделия из нагреваемого табака. Интенсивность потребления табака оценивалось по наличию у респондентов никотиновой зависимости разной степени тяжести с использованием теста Фагерстрема, учитывающего время первого использования табачного продукта после утреннего пробуждения: очень высокая никотиновая зависимость – употребление через 5 минут, высокая – от 6 до 30 минут, средняя – от 31 до 60 минут, низкая – через 60 минут и более [11, 12].

Для оценки риска развития заболевания или патологического состояния при потреблении табака были сформированы две группы:

- Респонденты, потребляющие табачные изделия в настоящее время.
- Респонденты, никогда не употреблявшие какие-либо табачные изделия – контрольная группа.

Наличие связи между фактором риска и возникновением заболевания или патологического состояния оценивалось с помощью расчета индивидуального относительного риска (RR) по формуле [13]:

$$RR = (a/(a+b)) / (c/(c+d)),$$

где а – число заболевших людей, на которых воздействовал фактор риска;

б – число не заболевших людей, на которых воздействовал фактор риска;

с – число заболевших людей, на которых фактор риска не воздействовал;

д – число не заболевших людей, на которых фактор риска не воздействовал.

Значение индивидуального относительного риска равное или меньше 1 свидетельствует об отсутствии связи между изучаемым фактором и болезнью.

Для исключения влияния мешающих факторов, связанных с возрастом, и оценки наличия дозозависимого эффекта влияния потребления табака на развитие заболеваний рассчитывались RR, скорректированные по возрасту, (RR_{воз}) и RR в зависимости от тяжести никотиновой зависимости, (RR_{снз}). Скорректированные RR рассчитывались методом стратификационного анализа: суммарная по всем стратам оценка относительного индивидуального риска рассчитывалась по формуле:

$$RR = \Sigma(a_i * d_i / n_i) / \Sigma(b_i * c_i / n_i),$$

где а_і и d_і – число заболевших людей в группе потребителей табака и группе не потребляющих табак, соответственно, і-й страты;

б_і и с_і – число не заболевших людей в группе потребителей табака и группе не потребляющих табак, соответственно, і-й страты;

n_і – число респондентов в группе исследования для і-страты.

Расчет популяционного атрибутивного риска осуществлялся по формуле [14]:

$$PAR = ((p_0 + p_1 \cdot RR) - 1) / (p_0 + p_1 \cdot RR),$$

где p₀ – доля лиц, не потребляющих табак, в популяции;

p₁ – доля лиц, потребляющих табак, в популяции;

RR – относительный индивидуальный риск заболевания при потреблении табака.

Для установления статистической значимости показателя RR и скорректированного RR использовался критерий χ².

Расчет показателей распространенности потребления табачной и никотинсодержащей продукции, распространенности никотиновой зависимости разной степени тяжести, среднего количества выкуриваемых в день сигарет, а также показателей по отношению медицинских работников к опросу пациентов о потреблении табака, представленных в разделе «Результаты исследования», производился авторами статьи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Распространенность потребления табачной и никотинсодержащей продукции в 2023 г. в Российской Федерации составила среди всего взрослого населения 21,3%, среди мужчин – 35,0% и среди женщин – 10,2%. Распределение потребителей табака/никотина по употреблению различных форм табачной и никотинсодержащей продукции приведено в *таблице 1*.

Как видно из *табл. 1*, по-прежнему курительный табак оставался наиболее употребляемым продуктом как среди потребителей-мужчин (92,2%), так и среди потребителей-женщин (78,8%). В среднем, курящие мужчины выкуривали 15,5 сигарет в день, а курящие женщины – 12,0 сигарет в день. Бурный рост потребления электронных сигарет, наблюдаемый в последние годы, продолжился, причем среди женщин он был выражен сильнее, что привело к большей распространенности их употребления среди потребителей-женщин (31,0%), чем среди

Таблица 1

Процентное распределение взрослого населения, употребляющего табачную и никотинсодержащую продукцию, по употреблению различных форм табачной и никотинсодержащей продукции, Российская Федерация, 2023 г.

	Употребляют курительный табак, %	Употребляют бездымный табак, %	Употребляют ЭСДН, %
Все взрослые потребители	88,7	0,8	18,4
Потребители-мужчины	92,2	0,9	12,5
Потребители-женщины	78,8	0,6	31,0

потребителей-мужчин (12,5%). Распространенность употребления бездымного табака в 2023 г., также как и в предыдущие годы, оставалась на низком уровне: среди всего взрослого населения 0,8%, среди мужчин – 0,9%, среди женщин – 0,6%.

Процентное распределение употребления различных форм табачной и никотинсодержащей продукции среди взрослого населения Российской Федерации в 2023 г. приведено в таблице 2.

Как видно из табл. 2, распространенность курения табака в 2023 г. среди мужчин (32,3%) была в 4 раза выше, чем среди женщин (8,0%). При этом распространенность употребления ЭСДН среди мужчин (4,4%) была выше, чем среди женщин (3,2%), только в 1,4 раза. Употребление бездымного табака в Российской Федерации традиционно находится на очень низком уровне (0,17% среди всего взрослого населения) и ежегодно снижается, что является результатом введения Федеральным законом «Об охране здоровья граждан от окружающего табачного дыма, последствий

потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции» в 2015 году полного запрета на продажу снюса и насвая на территории Российской Федерации.

При употреблении табачной и никотинсодержащей продукции у потребителей развивается табачная (никотиновая) зависимость – болезнь, которая по МКБ-10 относится к классу заболеваний «Психические расстройства и расстройства поведения», характеризующаяся различной степенью никотиновой зависимости, процентные доли которой среди потребителей представлены в таблице 3.

Как видно из табл. 3, никотиновые зависимости средней, высокой и очень высокой степени, при которых сложно самостоятельно отказаться от потребления табачной и/или никотинсодержащей продукции, имели 80,1% потребителей (84,2% потребителей-мужчин и 68,6% потребителей-женщин). Распространенность никотиновой зависимости различной степени среди всего взрослого населения представлена в таблице 4.

Таблица 2

Процентное распределение взрослого населения по употреблению различных форм табачной и никотинсодержащей продукции, Российская Федерация, 2023 г.

	Употребляют курительный табак, %	Употребляют бездымный табак, %	Употребляют ЭСДН, %
Всё взрослое население	18,9	0,17	3,7
Мужчины	32,3	0,32	4,4
Женщины	8,0	0,06	3,2

Таблица 3

Процентное распределение взрослого населения, потребляющего табачные и/или никотинсодержащие изделия, по степени никотиновой зависимости, Российская Федерация, 2023 г.

	Степень никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема			
	Очень высокая, %	Высокая, %	Средняя, %	Низкая, %
Все потребители табака/никотина	16,5	41,6	22,0	20,0
Потребители-мужчины	18,6	44,3	21,3	15,9
Потребители-женщины	10,6	34,0	24,0	31,5

Таблица 4

Процентное распределение взрослого населения по степени никотиновой зависимости, Российская Федерация, 2023 г.

	Степень никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема			
	Очень высокая, %	Высокая, %	Средняя, %	Низкая, %
Всё взрослое население	3,4	8,7	4,6	4,2
Мужчины	6,4	15,2	7,3	5,5
Женщины	1,1	3,4	2,4	3,1

Как видно из табл. 4, распространенность никотиновой зависимости среди взрослого населения Российской Федерации в 2023 г. была высокой: никотиновая зависимость средней, высокой и очень высокой степени выявлялась у 16,7% всего взрослого населения, у 28,9% мужчин и у 6,9% женщин. При этом среди взрослых, посетивших в последние 12 месяцев врача или другого медицинского работника, только 31,3% были опрошены

об употреблении табака (39,4% мужчин и 25,1% женщин). Среди потребителей, посетивших в последние 12 месяцев врача, только 36,8% получили совет по отказу от табака/никотина (37,2% потребителей-мужчин, 35,9% потребителей-женщин).

Кроме развития никотиновой зависимости употребление табака может приводить к развитию многих других неинфекционных заболеваний. Результаты расчета индивидуального

Таблица 5

Индивидуальные относительные риски заболеваний и патологических состояний взрослого населения, мужчин и женщин при потреблении табака/никотина в Российской Федерации, 2023 г.

Заболевания/ Патологические состояния	Все взрослые				Мужчины				Женщины			
	n	RR	RRвоз	p	n	RR	RRвоз	p	n	RR	RRвоз	p
Артериальная гипертония	88027	0,58	0,75	0,01	32253	0,95	1,02	>0,05	55774	0,53	1,11	0,01
Инсульт	88200	0,62	1,27	0,01	32353	0,72	0,91	>0,05	55847	0,45	1,50	0,01
Инфаркт миокарда	88211	0,76	1,71	0,01	32361	0,77	0,98	>0,05	55850	0,39	1,55	0,025
Ишемическая болезнь сердца (стенокардия)	87996	0,45	0,90	0,025	32272	0,74	0,93	>0,05	55724	0,35	1,14	>0,05
Нарушение сердечного ритма	87849	0,54	0,86	0,01	32205	0,83	0,96	>0,05	55644	0,51	1,19	0,01
Сердечная недостаточность	87696	0,46	0,81	0,01	32184	0,72	0,85	0,01	55512	0,39	1,03	>0,05
Онкологические заболевания	87894	0,49	0,76	0,01	32252	0,64	0,83	>0,05	55642	0,66	1,31	0,025
Заболевания печени, гепатит	87939	1,42	1,89	0,01	32233	2,29	2,30	0,01	55706	1,18	2,04	0,01
Желчнокаменная болезнь, холецистит	87821	0,62	0,78	0,01	32178	1,17	1,20	0,01	55643	0,67	1,07	>0,05
Язва желудка или 12-перстной кишки	87975	1,73	2,14	0,01	32249	1,79	1,77	0,01	55726	1,09	1,61	0,01
Заболевание почек, в том числе мочекаменная болезнь	87881	0,83	3,03	>0,05	32215	1,20	1,22	0,01	55666	0,94	1,37	0,01
Болезни щитовидной железы	87739	0,42	0,45	0,01	32185	0,88	0,87	>0,05	55554	0,84	1,09	0,1
Сахарный диабет	88052	0,39	0,61	0,01	32281	0,72	0,78	0,01	55771	0,40	0,99	>0,05
Остеохондроз/спондилит	87899	0,86	1,02	>0,05	32230	1,31	1,35	0,01	55669	0,81	1,21	0,01
Остеопороз	87634	0,43	0,80	0,01	32166	0,94	1,13	>0,05	55468	0,45	1,35	0,01
Ревматоидный артрит, артропатия	87750	0,57	0,94	0,05	32183	1,07	1,26	0,01	55567	0,51	1,27	0,01
Подагра	87059	1,00	0,50	0,01	31937	1,00	0,60	0,01	55122	1,00	0,61	0,05
Хронический бронхит	88166	1,46	1,69	0,01	32333	1,86	1,91	0,01	55833	1,45	1,91	0,01
Бронхиальная астма	88216	0,80	0,92	>0,05	32356	0,87	0,93	>0,05	55860	1,03	1,36	0,01
Варикозное расширение вен	88013	0,51	0,59	0,01	32299	1,26	1,28	0,01	55714	0,73	1,13	0,01

относительного риска заболеваний при употреблении табака, а индивидуального относительного риска, скорректированного по возрасту, среди взрослого населения приведены в *таблице 5*.

Как видно из *таблицы 5*, среди всех взрослых для 5 из 20 проанализированных заболеваний употребление табака являлось статистически значимым фактором риска ($RR_{воз} > 1$; $p < 0,05$), для 8 заболеваний среди мужчин и для 15 заболеваний среди женщин. Среди мужчин употребление табака являлось фактором риска развития заболеваний печени, гепатита ($RR_{воз} = 2,3$); желчнокаменной болезни, холецистита ($RR_{воз} = 1,2$); язвы желудка или 12-перстной кишки ($RR_{воз} = 1,77$); заболеваний почек, в том числе мочекаменной болезни ($RR_{воз} = 1,22$); остеохондроза/спондилита ($RR_{воз} = 1,35$); ревматоидного артрита ($RR_{воз} = 1,26$); хронического бронхита ($RR_{воз} = 1,91$); варикозного расширения вен ($RR_{воз} = 1,28$). Среди женщин употребление табака являлось фактором риска развития большего, чем у мужчин, числа заболеваний и патологических состояний: артериальная

гипертония ($RR_{воз} = 1,1$); инсульт ($RR_{воз} = 1,5$); инфаркт миокарда ($RR_{воз} = 1,55$); нарушение сердечного ритма ($RR_{воз} = 1,19$); онкологические заболевания ($RR_{воз} = 1,31$); заболевание печени, гепатит ($RR_{воз} = 2,04$); язва желудка или 12-перстной кишки ($RR_{воз} = 1,61$); заболевание почек, в том числе мочекаменная болезнь ($RR_{воз} = 1,37$); остеохондроз/спондилит ($RR_{воз} = 1,21$); остеопороз ($RR_{воз} = 1,35$); ревматоидный артрит, артропатия ($RR_{воз} = 1,27$); хронический бронхит ($RR_{воз} = 1,91$); бронхиальная астма ($RR_{воз} = 1,36$); варикозное расширение вен ($RR_{воз} = 1,13$).

При оценке индивидуального относительного риска употребления табака, скорректированного по возрасту, вне зависимости от интенсивности его употребления, среди всего взрослого населения табак определялся как фактор риска только для пяти заболеваний (инсульт; инфаркт миокарда; заболевание печени, гепатит; язва желудка или 12-перстной кишки; хронический бронхит) (*таблица 5*). Однако, расчет $RR_{снз}$ позволил выявить 13 заболеваний, для которых употребление

Таблица 6

Индивидуальный относительный риск заболеваний взрослого населения при потреблении табака/никотина, в зависимости от степени никотиновой зависимости, Российская Федерация, 2023 г.

<i>Заболевание / патологическое состояние</i>	<i>RR по степени никотиновой зависимости</i>			<i>p</i>
	<i>Средняя</i>	<i>Высокая</i>	<i>Очень высокая</i>	
Артериальная гипертония	1,08	1,13	1,33	0,01
Инсульт	0,97	1,19	1,87	0,01
Инфаркт миокарда	1,12	1,19	1,67	0,01
Ишемическая болезнь сердца (стенокардия)	1,08	1,21	1,29	0,025
Нарушение сердечного ритма	0,91	1,04	1,26	0,01
Сердечная недостаточность	0,98	1,07	1,19	>0,05
Онкологические заболевания	1,32	1,44	2,01	0,01
Заболевания печени, гепатит	1,07	1,12	2,09	0,01
Желчнокаменная болезнь, холецистит	1,20	1,17	1,26	0,05
Язва желудка или 12-перстной кишки	1,17	1,41	2,00	0,01
Заболевание почек, в том числе мочекаменная болезнь	0,95	1,01	1,12	>0,05
Болезни щитовидной железы	0,83	0,79	0,79	0,025
Сахарный диабет	1,16	1,10	1,13	>0,05
Остеохондроз/ спондилит	1,02	1,06	1,09	0,025
Остеопороз	1,33	1,27	1,99	0,01
Ревматоидный артрит, артропатия	1,12	1,19	1,29	0,01
Подагра	0,75	1,02	1,08	>0,05
Хронический бронхит	1,01	1,23	1,39	0,01
Бронхиальная астма	0,93	1,09	1,22	>0,05
Варикозное расширение вен	0,98	0,90	0,89	0,05

табака являлось фактором риска с дозозависимым эффектом (таблица 6).

Как видно из табл. 6, для всего взрослого населения употребление табака являлось фактором риска с дозозависимым эффектом для следующих 13 заболеваний и патологических состояний: артериальная гипертензия; инсульт; инфаркт миокарда; ишемическая болезнь сердца; нарушение сердечного ритма; онкологические заболевания; заболевания печени, гепатит; желчнокаменная болезнь, холецистит; язва желудка или 12-перстной кишки; остеохондроз/спондилит; остеопороз; ревматоидный артрит, артропатия; хронический бронхит. Необходимо отметить, что при оценке RRвоз статистически значимая связь употребления табака с развитием заболевания определялась только для 5 болезней, а RRснз позволил выявить эту связь еще для 8 заболеваний, в патогенезе которых интенсивность употребления табачной продукции играет важную роль. У мужчин употребление табака являлось фактором риска с дозозависимым эффектом

для 12 заболеваний и патологических состояний (таблица 7), при этом по показателю RRвоз подобная связь устанавливалась только у 8 заболеваний. Среди женщин по показателю RRснз употребление табака являлось фактором риска для 16 заболеваний и патологических состояний (таблица 8) (по RRвоз – у 14).

Как видно из табл. 7 и табл. 8, индивидуальный относительный риск, скорректированный по степени никотиновой зависимости, для инфаркта миокарда, ишемической болезни сердца, болезни щитовидной железы у мужчин, также как и у женщин, был больше 1, однако для мужчин он не являлся статистически значимым ($p > 0,1$), что свидетельствовало о наличии у них других факторов риска, имеющих сильную связь с развитием данных заболеваний. У женщин RRснз развития варикозного расширения вен при употреблении табака имело значение больше 1, так же как и у мужчин, однако у женщин оно не являлось статистически значимым, поскольку, видимо, имеются другие сильные факторы риска,

Таблица 7

Индивидуальный относительный риск заболеваний мужчин при потреблении табака/никотина в зависимости от степени никотиновой зависимости, Российская Федерация, 2023 г.

Заболевание / патологическое состояние	RR по степени никотиновой зависимости			p
	Средняя	Высокая	Очень высокая	
Артериальная гипертензия	1,00	1,04	1,20	0,01
Инсульт	0,80	1,01	1,34	0,05
Инфаркт миокарда	0,89	0,92	1,14	>0,05
Ишемическая болезнь сердца (стенокардия)	1,04	1,13	1,14	>0,05
Нарушение сердечного ритма	0,94	1,04	1,22	0,025
Сердечная недостаточность	0,87	0,92	0,98	>0,05
Онкологические заболевания	1,37	1,17	2,13	0,05
Заболевания печени, гепатит	0,92	0,98	1,84	0,01
Желчнокаменная болезнь, холецистит	1,21	1,15	1,38	0,025
Язва желудка или 12-перстной кишки	1,06	1,25	1,69	0,01
Заболевание почек, в том числе мочекаменная болезнь	1,03	1,06	1,31	0,025
Болезни щитовидной железы	1,01	1,06	1,11	>0,05
Сахарный диабет	1,02	1,00	0,93	>0,05
Остеохондроз/ спондилит	1,04	1,07	1,10	0,05
Остеопороз	1,36	1,18	2,09	0,01
Ревматоидный артрит, артропатия	0,99	0,98	1,09	>0,05
Подагра	0,81	0,94	0,93	>0,05
Хронический бронхит	1,06	1,21	1,44	0,01
Бронхиальная астма	1,00	1,03	1,42	>0,05
Варикозное расширение вен	1,06	1,08	1,26	0,05

Таблица 8

Индивидуальный относительный риск заболеваний женщин при потреблении табака/никотина в зависимости от степени никотиновой зависимости, Российская Федерация, 2023 г.

Заболевание/ патологическое состояние	RR, скорректированные по степени никотиновой зависимости			p
	Средняя	Высокая	Очень высокая	
Артериальная гипертензия	1,20	1,38	1,78	0,01
Инсульт	1,34	1,28	4,00	0,01
Инфаркт миокарда	1,80	1,67	4,29	0,01
Ишемическая болезнь сердца (стенокардия)	1,08	1,26	1,65	0,05
Нарушение сердечного ритма	0,87	1,13	1,53	0,01
Сердечная недостаточность	1,17	1,35	1,83	0,01
Онкологические заболевания	1,42	2,39	2,56	0,01
Заболевания печени, гепатит	1,37	1,40	2,62	0,01
Желчнокаменная болезнь, холецистит	1,31	1,46	1,26	0,03
Язва желудка или 12-перстной кишки	1,19	1,30	2,17	0,01
Заболевание почек, в том числе мочекаменная болезнь	0,96	1,18	1,03	>0,05
Болезни щитовидной железы	1,05	1,18	1,42	0,01
Сахарный диабет	1,47	1,43	1,97	0,01
Остеохондроз/ спондилит	1,01	1,11	1,15	0,03
Остеопороз	1,41	1,73	2,30	0,01
Ревматоидный артрит, артропатия	1,38	1,74	1,84	0,01
Подагра	0,24	0,78	1,02	>0,05
Хронический бронхит	0,94	1,39	1,43	0,01
Бронхиальная астма	0,94	1,53	1,19	>0,05
Варикозное расширение вен	1,15	1,15	0,99	>0,05

характерные только для женщин. Как у мужчин, так и у женщин, не было выявлено связи употребления табака с развитием подагры (RRвоз и RRснз меньше 1). Кроме того, RR и RRвоз не были статистически значимыми у мужчин для сердечной недостаточности, болезней щитовидной железы, сахарного диабета, ревматоидного артрита, а у женщин – заболеваний почек, в том числе мочекаменной болезни, и варикозного расширения вен. Наиболее выраженная дозозависимая связь между употреблением табака и развитием заболеваний у мужчин выявлена для онкологических заболеваний, заболеваний печени, гепатита, язвы 12-перстной кишки, остеопороза, а у женщин – инсульта, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, онкологических заболеваний, заболеваний печени, гепатита, язвы 12-перстной кишки, сахарного диабета, остеопороза.

Популяционный атрибутивный риск заболеваний и патологических состояний при употреблении табака рассчитывался как сумма популяционных

рисков, связанных с различной степенью никотиновой зависимости с учетом распространенности в популяции никотиновой зависимости разной степени и рассчитанных для них RRснз по каждому заболеванию (таблица 9).

Как видно из таблицы 9, в 2023 г. с употреблением табака среди всего взрослого населения дополнительно было связано 9,3% случаев артериальной гипертензии, 8,5% случаев онкологических заболеваний, 7,5% случаев язвы желудка или 12-перстной кишки, 7,1% случаев остеопороза. Среди мужчин с употреблением табака было связано дополнительно 11,9% случаев онкологических заболеваний, 11,7% случаев остеопороза, 8,3% случаев язвы желудка или язвы 12-перстной кишки, 6,3% хронического бронхита и 6,1% случаев желчнокаменной болезни, холецистита. Среди женщин употребление табака было связано с дополнительными случаями инфаркта миокарда (7,6%), онкологических заболеваний (7,2%), инсульта (5,0%). Все эти случаи заболеваний могли бы быть

Таблица 9

**Популяционный атрибутивный риск заболеваний взрослого населения
при употреблении табака, Российская Федерация, 2023 г.**

	<i>Заболевание, патологическое состояние</i>	<i>PAR, взрослое население, %</i>	<i>PAR, мужчины, %</i>	<i>PAR, женщины, %</i>
1	Артериальная гипертония	9,3	1,9	2,6
2	Инсульт	4,6	3,8	5,0
3	Инфаркт миокарда	4,4	-	7,6
4	Ишемическая болезнь сердца (стенокардия)	3,1	-	1,8
5	Нарушение сердечного ритма	1,6	2,4	1,0
6	Сердечная недостаточность		-	2,5
7	Онкологические заболевания	8,5	11,9	7,2
8	Заболевания печени, гепатит	4,9	6,0	4,0
9	Желчнокаменная болезнь, холецистит	3,2	6,1	2,6
10	Язва желудка или 12-перстной кишки	7,5	8,3	2,7
11	Заболевание почек, в том числе мочекаменная болезнь	-	3,1	-
12	Болезни щитовидной железы	-	-	1,2
13	Сахарный диабет	-	-	3,6
14	Остеохондроз/ спондилит	-	2,0	0,6
15	Остеопороз	7,1	11,7	4,8
16	Ревматоидный артрит, артропатия	3,2	-	4,3
17	Подагра	-	-	-
18	Хронический бронхит	3,3	6,3	1,8
19	Бронхиальная астма	-	-	-
20	Варикозное расширение вен	-	3,3	-
PAR рассчитан для заболеваний со статистически значимым RR>1 при потреблении табака (p<0,05)				

предотвращены при отказе от потребления табака, но при увеличении распространенности потребления табачной продукции в популяции их доля будет возрастать.

ОБСУЖДЕНИЕ

Употребление табака является ведущим поведенческим фактором риска развития неинфекционных заболеваний. Подтвердить эту связь и оценить ее количественно можно с помощью расчета индивидуального относительного риска. Однако, при этом необходимо учитывать наличие других факторов риска, которые могут влиять на развитие заболеваний. Многие заболевания, связанные с употреблением табака, развиваются в процессе старения человека в результате возрастных изменений и длительного воздействия в течение жизни других факторов риска. Если не учитывать данный факт при расчете индивидуального

относительного риска, связь между употреблением табака и развитием заболевания может быть скрыта, что приведет к неверному выводу об отсутствии такой связи. В данном исследовании для 20 заболеваний и патологических состояний были рассчитаны общий индивидуальный относительный риск (RR) и RR, скорректированный по возрасту. Значение RR для всего взрослого населения превышало 1 только для 3 заболеваний, а RR, скорректированный по возрасту, для 6 заболеваний. У мужчин это соотношение было 8 и 10, у женщин – 4 и 16. Кроме того, патогенетическое воздействие многих поступающих в организм потребителя табака веществ, приводящее к развитию заболеваний, зависит от их дозы и продолжительности экспозиции. К таким заболеваниям, например, относятся артериальная гипертония, онкологические заболевания, хроническая обструктивная болезнь легких. В этих случаях связь между употреблением табака и развитием заболевания будет выявляться только у лиц, длительно

или интенсивно потребляющих табак. В данном исследовании стратификация по степени никотиновой зависимости позволила выявить у всего взрослого населения статистически значимую связь употребления табака и развития артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, нарушения сердечного ритма и желчнокаменной болезни, холецистита, которая не определялась при расчетах RR и RR_{воз}. У мужчин дозозависимая связь употребления табака была выявлена с развитием инсульта, инфаркта миокарда, ишемической болезни сердца, нарушением ритма сердца и онкологических заболеваний, а у женщин – с сердечной недостаточностью и сахарным диабетом. Таким образом, для 19 из 20 анализируемых заболеваний и патологических состояний употребление табака является значимым фактором риска. Только для одного заболевания – подагра – такой связи установлено не было, что согласуется с патогенезом ее развития.

Ограничением данного исследования является то, что наличие у респондентов диагностированных заболеваний или патологических состояний устанавливалось с помощью опроса. Официальная статистика по распространенности заболеваний зависит от обращаемости населения в медицинские организации. Часто курящие люди привыкают к медленно развивающимся хроническим заболеваниям, считая их обычным состоянием. В качестве примера можно привести хронический бронхит, который присутствует у большинства курильщиков, однако, поскольку он способствует эвакуации мокроты и на время облегчает дыхание, они не воспринимают его основной симптом – кашель, как симптом заболевания и не обращаются к врачу. По данным Чучалина А.Г. с соавт. [15] истинная распространенность бронхолегочных заболеваний в России существенно выше официальной общей заболеваемости. Так, по данным авторов исследования истинная распространенность хронического бронхита, как минимум в 10 раз выше официальных значений общей заболеваемости. В результате низкой обращаемости курящие люди часто не имеют официального диагноза заболеваний, что безусловно для данного исследования снижает число респондентов, подвергающихся воздействию фактора риска и имеющих заболевание. Таким образом,

рассчитанные в данном исследовании значения индивидуальных относительных рисков могут быть ниже их истинных значений, для установления которых необходимо проводить диагностику заболеваний среди респондентов в процессе исследования.

В связи с наличием дозозависимого влияния употребления табака на развитие заболеваний, в данном исследовании популяционный атрибутивный риск рассчитывался как сумма рисков, связанных с различными по интенсивности уровнями потребления табака, которые оценивались по наличию у потребителей разной степени никотиновой зависимости. Это позволило более точно определить процентную долю каждого заболевания, связанную исключительно с действием фактора риска. Необходимо отметить, что в связи с возможным заниженным значением индивидуальных относительных рисков, рассчитанных в данном исследовании, полученные популяционные атрибутивные риски также могут быть ниже истинных. Тем не менее, их значения свидетельствуют о наличии большого числа случаев различных заболеваний, которые могли бы быть предотвращены.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования показали, что употребление табака является существенным фактором риска развития 19 заболеваний сердечно-сосудистой, бронхолегочной, желудочно-кишечной и других систем организма. Для большинства из этих болезней индивидуальный относительный риск их развития при употреблении табака у женщин выше, чем у мужчин. Исследование также показало, что связь употребления табака с развитием большинства заболеваний является дозозависимой, что необходимо учитывать при оценке индивидуальных относительных рисков, а также расчете популяционного атрибутивного риска.

Рассчитанные популяционные атрибутивные риски свидетельствуют о том, что употребление табака не менее чем на 3–11% увеличивает число случаев заболеваний, которые можно предотвратить за счет снижения распространенности потребления табака в популяции.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Atlanta, GA, US: 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>
2. Song S., Lei L., Lui H., Yang F., et al. Impact of changing the prevalence of smoking, alcohol consumption and overweight/obesity on cancer incidence in China from 2021 to 2050: a simulation modelling study. *eClinicalMedicine*, 2023;63: 102163., <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102163>
3. Dillinger J-G., Pezel T., Delmas C., Schurtz G., et al. Carbon monoxide and prognosis in smokers hospitalised with acute cardiac events: a multicentre, prospective cohort study. *eClinicalMedicine*. 2024 Jan; 67: 102401. doi: 10.1016/j.eclinm.2023.102401
4. Bugiardini R., Cenko E., Yoon J., Bergami M., Vasiljevic Z., Mendieta G., et al. Traditional risk factors and premature acute coronary syndromes in South Eastern Europe: a multinational cohort study. *The Lancet Regional Health*, January 01, 2024, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100824>
5. Abozid H., Patel J., Burney P., Hartl S., Breyer-Kohansal R., Mortimer K., Nafees A., et al. Prevalence of chronic cough, its risk factors and population attributable risk in the Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) study: a multinational cross-sectional study. *eClinicalMedicine* 2024;68: 102423 Published Online 21 January 2024 <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102423>
6. Xia Jia, Wang Lin, Ma Zhiheng, Zhong Liping, Wang Ying, Gao Yachan, He Liqun, Su Xiao. Cigarette smoking and chronic kidney disease in the general population: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Nephrology Dialysis Transplantation*, Volume 32, Issue 3, March 2017, Pages 475–487, <https://doi.org/10.1093/ndt/gfw452>
7. Lawrence H., Hunter A., Murray R., Lim W.S., McKeever T. Cigarette smoking and the occurrence of influenza – Systematic review. *J Infect*, 2019 Nov;79(5):401–406. doi: 10.1016/j.jinf.2019.08.014.
8. Barbhaiya M., Tedeschi S.K., Lu B., Malspeis S., Kreps Da, et al. Cigarette smoking and the risk of systemic lupus erythematosus, overall and by anti-double stranded DNA antibody subtype, in the Nurses' Health Study cohorts. *Ann Rheum Dis*. 2018 Feb;77(2):196–202. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-211675.
9. Chan K.H., Wright N., Xiao D., Guo Yu., et al. Tobacco smoking and risks of >470 diseases in China: a prospective cohort study. *Lancet Public Health* 2022; 7: e1014–26. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00227-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00227-4)
10. Luke N.A., Simon W., Hampus H., Pepita B. Non-communicable disease policy implementation from 2014 to 2021: a repeated cross-sectional analysis of global policy data for 194 countries. *Lancet Glob Health*. 2023 Apr;11(4): e525-e533. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00042-6.
11. Надеждин А. В., Тетенова Е. Ю. Зависимость от никотина: диагностика и лечение. *Медицина* 2016; (3): 164–189.
12. Чучалин А. Г., Сахарова Г. М., Антонов Н. С., Салагай О. О., Брюн Е. А., Кутушев О. Т., Лыков В. И. Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых. Клинические рекомендации. *Наркология*, 2018: Т. 17, № 3. С. 3–21
13. Брикo Н. И., Бражников А. Ю., Кирьянова А. Я., Миндлина А. Я., Полибин Р. В., Торчинский Н. В. Клиническая эпидемиология и основы доказательной медицины. Учебное пособие для врачей / Под редакцией академика РАН, профессора Н. И. Брикo, Москва: РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ, 2019, 288 с.
14. Брикo Н. И., Бражников А. Ю., Кирьянова Е. В., Миндлина А. Я., Полибин Р. В., Торчинский Н. В. Клиническая эпидемиология и основы доказательной медицины. Междисциплинарное учебное пособие для врачей. Под ред. акад. РАН, проф. Брикo Н. И. М. 2019. Brico N.I., Brazhnikov A.Yu., Kiryanova E.V., Mindlina A.Ya., Polibin R.V., Torchinsky N.V. Clinical epidemiology and the basics of evidence-based medicine. Interdisciplinary textbook for doctors. Ed. by Acad. of RAS, Prof. Brico N.I. M. 2019. (In Russ.).
15. Chuchalin Alexander G., Khaltaev Nikolai, Antonov Nikolay S., Galkin Dmitry V., Manakov Leonid G., et al. Chronic respiratory diseases and risk factors in 12 regions of the Russian Federation. *nt J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014 Sep 12;9:963–74. doi: 10.2147/COPD.S67283.

REFERENCES

1. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Atlanta, GA, US: 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>
2. Song S., Lei L., Lui H., Yang F., et al. Impact of changing the prevalence of smoking, alcohol consumption and overweight/obesity on cancer incidence in China from 2021 to 2050: a simulation modelling study. *eClinicalMedicine*, 2023;63: 102163., <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102163>
3. Dillinger J-G., Pezel T., Delmas C., Schurtz G., et al. Carbon monoxide and prognosis in smokers hospitalised with acute cardiac events: a multicentre, prospective cohort study. *eClinicalMedicine*. 2024 Jan; 67: 102401. doi: 10.1016/j.eclinm.2023.102401
4. Bugiardini R., Cenko E., Yoon J., Bergami M., Vasiljevic Z., Mendieta G., et al. Traditional risk factors and premature acute coronary syndromes in South Eastern Europe: a multinational cohort study. *The Lancet Regional Health*, January 01, 2024, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100824>
5. Abozid H., Patel J., Burney P., Hartl S., Breyer-Kohansal R., Mortimer K., Nafees A., et al. Prevalence of chronic cough, its risk factors and population attributable risk in the Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) study: a multinational cross-sectional study. *eClinicalMedicine* 2024;68: 102423 Published Online 21 January 2024 <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102423>
6. Xia Jia, Wang Lin, Ma Zhiheng, Zhong Liping, Wang Ying, Gao Yachan, He Liqun, Su Xiao. Cigarette smoking and chronic kidney disease in the general population: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Nephrology Dialysis Transplantation*, Volume 32, Issue 3, March 2017, Pages 475–487, <https://doi.org/10.1093/ndt/gfw452>

- chronic kidney disease in the general population: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Nephrology Dialysis Transplantation*, Volume 32, Issue 3, March 2017, Pages 475–487, <https://doi.org/10.1093/ndt/gfw452>
7. Lawrence H., Hunter A., Murray R., Lim W.S., McKeever T. Cigarette smoking and the occurrence of influenza – Systematic review. *J Infect*, 2019 Nov;79(5):401–406. doi: 10.1016/j.jinf.2019.08.014.
 8. Barbhuiya M., Tedeschi S.K., Lu B., Malspeis S., Kreps Da, et al. Cigarette smoking and the risk of systemic lupus erythematosus, overall and by anti-double stranded DNA antibody subtype, in the Nurses' Health Study cohorts. *Ann Rheum Dis*. 2018 Feb;77(2):196–202. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-211675.
 9. Chan K.H., Wright N., Xiao D., Guo Yu, et al. Tobacco smoking and risks of >470 diseases in China: a prospective cohort study. *Lancet Public Health* 2022; 7: e1014–26. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00227-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00227-4)
 10. Luke N.A., Simon W., Hampus H., Pepita B. Non-communicable disease policy implementation from 2014 to 2021: a repeated cross-sectional analysis of global policy data for 194 countries. *Lancet Glob Health*.

ES

EL IMPACTO DEL CONSUMO DE TABACO EN EL RIESGO INDIVIDUAL Y POBLACIONAL DE DESARROLLAR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN LA FEDERACIÓN DE RUSIA

O.O. Salagay, NS. Antónov, G.M. Sakharova, N.M. Ciudad

Notación

El objetivo del estudio fue evaluar los riesgos individuales y poblacionales de desarrollar 20 enfermedades no transmisibles entre la población adulta de la Federación de Rusia.

Materiales y métodos. El estudio utilizó la base de datos de la Observación Selectiva del Estado de salud de la población, muestra realizada por Rosstat en 2023. Para evaluar el riesgo de desarrollo de la enfermedad al consumir tabaco, se formaron grupos: consumidores actuales de tabaco y personas que nunca han consumido productos de tabaco. Se calculó la prevalencia del consumo de tabaco y la dependencia a la nicotina de diversa gravedad. La asociación entre el consumo de tabaco y el desarrollo de enfermedades se evaluó mediante el riesgo relativo individual (RR), el RR ajustado por edad (RRvoz) y el RR según la gravedad de la dependencia de la nicotina (RRsnz). El impacto del consumo de tabaco en la salud pública se evaluó utilizando el riesgo atribuible a la población.

Resultados. La prevalencia del consumo de tabaco/nicotina en 2023 fue del 21,3% entre los adultos, el 35,0% entre los hombres y el 10,2% entre las mujeres. La dependencia a la nicotina de grado moderado o superior se detectó en el 16,7% de la población adulta total, el 28,9% de los hombres y el 6,9% de las mujeres. Al evaluar el RR de toda la población adulta, el tabaco se identificó como un factor de riesgo para sólo cinco enfermedades. La evaluación de RRsnz permitió identificar 13 enfermedades para las cuales el consumo de tabaco era un factor de riesgo con efecto dosis dependiente. Para la mayoría de estas enfermedades, el RR para el consumo de tabaco fue mayor en las mujeres que en los hombres.

Conclusión. El tabaco es un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles, y en la población en 2013 se asoció con al menos entre el 3% y el 11% de los casos adicionales de enfermedades que podrían prevenirse reduciendo la prevalencia del consumo de tabaco en la población.

Palabras clave: tabaco, tabaquismo, prevalencia del consumo de tabaco, adicción a la nicotina, enfermedades no transmisibles, riesgos individuales del tabaco, riesgos poblacionales del tabaco.

2023 Apr;11(4): e525-e533. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00042-6.

11. Nadezhdin A. V., Tetenova E. Y. Dependence on nicotine: diagnosis and treatment. *Medicine* 2016; (3): 164–189.
12. Chuchalin A. G., Sakharova G. M., Antonov N. S., Salagay O. O., Brun E. A., Kutushev O. T., Lykov V. I. Tobacco dependence syndrome, tobacco withdrawal syndrome in adults. *Clinical recommendations. Narcology*, 2018: Vol 17. № 3. P. 3–21
13. Briko N. I., Brazhnikov A. Yu., Kiryanova A. Ya., Mindlina A. Ya., Polibin R. V., Torchinsky N. V. Clinical epidemiology and fundamentals of evidence-based medicine. Textbook for doctors / Edited by Academician of the Russian Academy of Sciences, Professor N. I. Briko, Moscow: REMEDIUM PRIVOLZHYE, 2019, 288 p.
14. Briko N. I., Brazhnikov A. Yu., Kiryanova E. V., Mindlina A. Ya., Polibin R. V., Torchinsky N. V. Clinical epidemiology and the basics of evidence-based medicine. Interdisciplinary textbook for doctors. Ed. by Acad. of RAS, Prof. Briko N. I. M. 2019. (In Russ.).
15. Chuchalin Alexander G., Khaltayev Nikolai, Antonov Nikolay S., Galkin Dmitry V., Manakov Leonid G., et al. Chronic respiratory diseases and risk factors in 12 regions of the Russian Federation. *nt J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014 Sep 12;9:963–74. doi: 10.2147/COPD.S67283.

FR

L'IMPACT DE LA CONSOMMATION DE TABAC SUR LE RISQUE INDIVIDUEL ET DÉMOGRAPHIQUE DE DÉVELOPPER DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES EN FÉDÉRATION DE RUSSIE

O.O. Salagay, Nouvelle-Écosse Antonov, G.M. Sakharova, N.M. Stade

Annotation

Le but de l'étude était d'évaluer les risques individuels et collectifs de développer 20 maladies non transmissibles parmi la population adulte de la Fédération de Russie.

Matériels et méthodes. L'étude a utilisé la base de données de l'échantillon d'observation de la santé de la population menée par Rosstat en 2023. Pour évaluer le risque de développer la maladie lors de la consommation de tabac, des groupes ont été constitués: les fumeurs actuels et les personnes n'ayant jamais consommé de produits du tabac. La prévalence de la consommation de tabac et de la dépendance à la nicotine de gravité variable a été calculée. L'association entre la consommation de tabac et le développement de la maladie a été évaluée à l'aide du risque relatif individuel (RR), du RR ajusté selon l'âge (RRvoz) et du RR en fonction de la gravité de la dépendance à la nicotine (RRsnz). L'impact de la consommation de tabac sur la santé publique a été évalué à l'aide du risque attribuable à la population.

Résultats. La prévalence de la consommation de tabac/nicotine en 2023 était de 21,3% chez les adultes, de 35,0% chez les hommes et de 10,2% chez les femmes. Une dépendance à la nicotine de degré modéré ou supérieur a été détectée chez 16,7% de la population adulte totale, 28,9% des hommes et 6,9% des femmes. Lors de l'évaluation du RR de l'ensemble de la population adulte, le tabac a été identifié comme facteur de risque pour seulement cinq maladies. L'évaluation du RRsnz a permis d'identifier 13 maladies pour lesquelles le tabagisme était un facteur de risque avec un effet dose-dépendant. Pour la plupart de ces maladies, le RR lié au tabagisme était plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Conclusion. Le tabac est un facteur de risque important pour le développement de maladies non transmissibles et, dans la population en 2013, il était associé à au moins 3 à 11% des cas supplémentaires de maladies qui pourraient être évitées en réduisant la prévalence du tabagisme dans la population.

Mots clés: tabac, tabagisme, prévalence de la consommation de tabac, dépendance à la nicotine, maladies non transmissibles, risques individuels liés au tabac, risques démographiques liés au tabac.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Салагай Олег Олегович – канд. мед. наук, статс-секретарь – заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации., г. Москва, Россия.

Oleg O. Salagay – Candidate of Medical Sciences, State Secretary – Deputy Minister of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

E-mail: Salagay00@minzdrav.gov.ru

Антонов Николай Сергеевич – д-р мед. наук, главный научный сотрудник отдела общественного здоровья и здравоохранения ФГБУ ЦНИИОИЗ, г. Москва, Россия.

Nikolay S. Antonov – Doctor of Medical Sciences, Chief Researcher of the Department of Public Health and Healthcare of the Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

E-mail: antonovns@mednet.ru, e-mail: fynjyjdns@mednet.ru

Сахарова Галина Михайловна – д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отдела общественного здоровья и здравоохранения ФГБУ ЦНИИОИЗ, г. Москва, Россия.

Galina M. Sakharova – Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Researcher of the Department of Public Health and Healthcare of the Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

E-mail: sakharovagm@mednet.ru

Стадник Николай Михайлович – научный сотрудник отдела общественного здоровья и здравоохранения ФГБУ ЦНИИОИЗ, главный специалист-эксперт отдела демографических расчетов Управления статистики населения и здравоохранения Федеральной службы государственной статистики, г. Москва, Россия.

Nikolay M. Stadnik – Researcher of the Department of Public Health and Healthcare of the Russian Research Institute of Health, Chief Expert of the Department of Demographic Calculations of the Department of Population and Health Statistics of the Federal State Statistics Service, Moscow, Russia.

E-mail: stadniknm@rosstat.gov.ru

НОВОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В РОССИИ ИЗМЕНИТСЯ ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

В России изменится порядок оказания первой помощи. Расширится перечень состояний, при которых оказывается такая помощь, а также изменится последовательность проводимых в таких случаях мероприятий. Минюст зарегистрировал приказ Минздрава № 220н от 03.05.2024 с поправками в Порядок оказания первой помощи. Документ опубликован на портале publication.pravo.gov.ru. Он вступит в силу с 1 сентября 2024 года.

Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, утвержденных ведомственным приказом № 586н от 07.11.2012, будет расширен с 8 до 10 пунктов. Наряду с отсутствием сознания, остановкой дыхания и кровообращения, наружными кровотечениями и отравлениями новый список будет включать, в частности, нарушения проходимости дыхательных путей инородным телом и иные угрожающие жизни и здоровью нарушения дыхания; травмы, ранения и поражения, вызванные механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения; укусы ядовитых животных; судороги; острые психологические реакции на стресс.

В Перечне мероприятий по оказанию первой помощи также появились новые пункты. Теперь необходимо будет устно проинформировать пострадавшего и окружающих о готовности оказывать первую помощь, а также о начале ее оказания. Предлагается разрешить оказание первой помощи без согласия пострадавшего или его законного представителя, если отсутствует выраженный отказ от этого.

Источник: портал publication.pravo.gov.ru.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНКИ ГОДНОСТИ К УПРАВЛЕНИЮ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ ВОДИТЕЛЕЙ, РАНЕЕ ЛИШЕННЫХ ПРАВ ЗА УПРАВЛЕНИЕ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ В СОСТОЯНИИ ОПЬЯНЕНИЯ: КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

**А.В. МАСЯКИН, И.А. БЕДИНА, Е.Ю. ХАРИТОНЕНКОВА,
А.С. САЗОНОВА, И.Д. БЕДИНА**

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-32-40

Аннотация

Цель: выявление значимых факторов, влияющих на принятие врачом психиатром-наркологом решения о допуске водителя к управлению транспортным средством (ТС) при проведении медицинского освидетельствования, связанного с восстановлением права управления ТС. **Материалы и методы.** Проведена серия глубинных интервью с врачами психиатрами-наркологами для изучения существующих проблем, с которыми они сталкиваются при проведении медицинского освидетельствования водителей ТС, связанного с восстановлением права управления ТС. **Результаты.** При проведении освидетельствования водителей, ранее лишенных прав за управление ТС в состоянии опьянения, врачи психиатры-наркологи склонны проявлять субъективизм. Степень воспринимаемого риска от принятия неверного решения по результатам данной процедуры ниже в сравнении с ошибочным заключением при получении справки на оружие. Несмотря на возможность привлечения дополнительных ресурсов при оценке годности водителей, врачи психиатры-наркологи избегают самостоятельного принятия решения и делегировать вынесение заключения другим специалистам. Особенности организации данной процедуры могут оказывать негативное влияние на отношение обследуемого к врачу (феномен дискредитации статуса врача). **Заключение.** Требуется разработка дополнительных к действующим диагностическим критериев, которым должен удовлетворять водитель, «проходящий» процедуру восстановления водительских прав. В первую очередь это применимо в ситуациях, когда метод лабораторной диагностики дает отрицательный результат, а состояние пациента, тем не менее, вызывает у специалиста сомнения. Существует потребность в создании единого алгоритма маршрутной карты обследования в случае необходимости дополнительного диагностически значимого осмотра пациента.

Ключевые слова: освидетельствование, водитель, состояние опьянения, профилактика дорожно-транспортных происшествий, допуск к управлению транспортным средством.

Для цитирования: Масякин А.В., Бедина И.А., Харитоненкова Е.Ю., Сазонова А.С., Бедина И.Д. Особенности процедуры оценки годности к управлению транспортным средством водителей, ранее лишенных прав за управление транспортным средством в состоянии опьянения: качественное исследование. *Общественное здоровье*. 2024; 2(4):32–40, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-32-40

Автор для корреспонденции: Бедина Инесса Александровна; e-mail: ibedina@mail.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 08.12.2023. **Статья принята к печати:** 11.03.2024. **Дата публикации:** 25.06.2024.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-32-40

FEATURES OF THE PROCEDURE FOR ASSESSING THE ABILITY TO DRIVE A VEHICLE OF DRIVERS PREVIOUSLY DEPRIVED OF THEIR RIGHTS FOR DRIVING A VEHICLE WHILE INTOXICATED: A QUALITATIVE STUDY

A.V. Masyakin, I.A. Bedina, E.Yu. Kharitonenkova, A.S. Sazonova, I.D. Bedina

Moscow Research and Practical Centre of the Department of Public Health, Moscow, Russia.

Abstract

Objective: identification of significant factors influencing the decision of a psychiatrist-narcologist to allow a driver to drive a vehicle (vehicle) during a medical examination related to the restoration of the right to drive a vehicle. **Materials and methods.** A series of in-depth interviews with psychiatrists and narcologists was conducted to study the existing problems they face when conducting a medical examination of vehicle drivers related to the restoration of the right to drive a vehicle.

Results. When conducting an examination of drivers who were previously deprived of their rights for driving a vehicle while intoxicated, psychiatrists and narcologists tend to be subjective. The degree of perceived risk from making a wrong decision based on the results of this procedure is lower in comparison with an erroneous conclusion when obtaining a certificate for a weapon. Despite the possibility of attracting additional resources when assessing the suitability of drivers, psychiatrists and narcologists tend to avoid making decisions on their own and delegate the conclusion to other specialists. The specifics of the organization of this procedure may have a negative impact on the attitude of the examinee to the doctor (the phenomenon of discrediting the status of a doctor). **Conclusion.** It is necessary to develop additional diagnostic criteria to the current ones, which must be met by a driver "going through" the procedure for restoring a driver's license. This is primarily applicable in situations where the laboratory diagnostic method gives a negative result, but the patient's condition, however, raises doubts among the specialist. There is a need to create a unified algorithm for the examination route map if additional diagnostically significant examination of the patient is necessary.

Keywords: examination, driver, state of intoxication, prevention of road accidents, admission to driving a vehicle.

For citation: Masyakin A.V., Bedina I.A., Kharitonenkova E.Yu., Sazonova A.S., Bedina I.D. Features of the procedure for assessing the ability to drive a vehicle of drivers previously deprived of their rights for driving a vehicle while intoxicated: a qualitative study. Public health. 2024; 2(4):32–40, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-32-40

For correspondence: Bedina Inessa A.; e-mail: ibedina@mail.ru

Conflict of interest. None declared.

Funding. The study had no sponsorship.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

В Стратегии дорожно-транспортной безопасности Российской Федерации подчеркивается необходимость комплексного совершенствования процесса допуска водителей к участию в дорожном движении [1], поскольку причиной дорожного травматизма часто становится управление водителем транспортного средства (ТС) в состоянии опьянения. Об этом свидетельствует последняя статистика ГИБДД [2]. Так, в 2022 году зарегистрировано 14 428 ДТП с участием водителей с признаками опьянения, где последние являлись виновниками ДТП в девяти из десяти случаев (92,4%). Создание водителем потенциально опасного положения на дороге влечет за собой аварийную ситуацию с тяжелыми медико-санитарными последствиями – повышается вероятность летального исхода для всех участников ДТП [3, 4]. К примеру, в России в 2022 году каждый четвертый летальный случай в ДТП произошел в результате аварии с участием водителя с признаками опьянения [2]. Данные официальной статистики дают достаточные основания полагать, что проблема управления ТС в состоянии опьянения в настоящее время сохраняет свою актуальность, а перед заинтересованными специалистами стоит непростая междисциплинарная задача – повлиять на показатели повторных случаев управления ТС в состоянии опьянения, главным образом используя превентивные меры по предотвращению рецидивного поведения водителей. Мероприятия в рамках профилактической работы могут различаться: для одних водителей

эффективными становятся коммуникационные рекламные сообщения, основанные на страхе возможных исходов «пьяного вождения» [4]; для других – профилактические интервенции [5] и специальные групповые программы, где участники обсуждают паттерны поведения водителя и последствия нарушения им ПДД [4, 6–8]. Кроме того, в нашей стране существуют мероприятия по созданию естественных правовых барьеров к управлению ТС в состоянии опьянения, в частности, лишение правонарушителя права управления ТС на 1,5 – 2 года с необходимостью восстановления данного права в последующем. Поскольку возврат водительского удостоверения возможен лишь после успешного прохождения обязательного медицинского освидетельствования, врачи психиатры-наркологи, наряду с врачами-психиатрами, в этом случае осуществляют ключевую функцию.

В настоящее время проведение обязательного медицинского освидетельствования водителей ТС регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ от 24 ноября 2021 г. № 1092н, в котором обозначен порядок его проведения (далее – Порядок)¹. В Порядке

¹ Приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1092н «Об утверждении порядка проведения обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств), порядка выдачи и формы медицинского заключения о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами, а также о признании утратившими силу отдельных приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации».

приведены клинические признаки, на которые должен опираться врач психиатр-нарколог при проведении обсуждаемой процедуры. Вместе с тем следует отметить, что приведенные критерии главным образом повторяют клинические признаки опьянения, которые в соответствии с нормативным документом (Приказ МЗ РФ от 18 декабря 2015 г. № 933н) используют психиатры-наркологи при проведении другой процедуры – медицинского освидетельствования на состояние опьянения². Обращение пациента к врачу психиатру-наркологу с целью получения допуска, а тем более восстановления права управления ТС, в состоянии опьянения представляется маловероятным. Следовательно, в данной ситуации врачи психиатры-наркологи должны иметь иной инструментарий – четкие критерии «годности», которыми они бы руководствовались при анализе состояния каждого пациента. Так называемый «алгоритм» позволил бы оптимизировать процедуру оценки годности водителей к управлению ТС и способствовал бы повышению качества процедуры за счет исключения внешних факторов.

Разработка рекомендаций для врачей-наркологов, касающихся процесса оценки годности водителей, восстанавливающих право управления ТС, требует предварительного изучения принципов проведения существующей процедуры.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: выявление значимых факторов, влияющих на принятие врачом психиатром-наркологом решения о допуске водителя к управлению ТС при проведении медицинского освидетельствования, связанным с восстановлением права управления ТС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Качественный этап, проводимый посредством метода глубинного интервью, был интегрирован в исследование для изучения существующих трудностей, с которыми сталкиваются врачи психиатры-наркологи при проведении медицинского освидетельствования водителей ТС в связи с возвратом водительского удостоверения после истечения срока лишения права на управление ТС. Данный этап необходим для

формирования гипотез следующего (количественного) этапа исследования, а именно разработки анкеты для массового опроса врачей психиатров-наркологов, участвующих в обсуждаемой процедуре.

Перед проведением интервью были сформулированы исследовательские вопросы, которые включали в себя следующие аспекты:

- существующий алгоритм проведения медицинского освидетельствования водителей;
- клинические признаки (исчерпывающие/не исчерпывающие критерии), на которые в настоящее время ориентируются врачи при оценке годности водителя к управлению ТС;
- дополнительный инструментарий, который потенциально мог бы помочь врачам при формировании заключения.

Далее была сформирована анкета для интервьюера, которая содержала вопросы, относящиеся как к процедуре оценки годности к управлению ТС кандидатов в водители, так и тех, кто ранее был лишен водительских прав за управление ТС в состоянии опьянения.

Все интервью были полуструктурированными – интервьюер не только задавал вопросы из анкеты, но и уточнял детали иных аспектов профессиональной деятельности врачей психиатров-наркологов в случае, если респонденты самостоятельно предлагали рассказать об этом, считая информацию важной. В качестве места проведения исследования были выбраны следующие учреждения – диспансер № 2 ГБУЗ «МНПЦН наркологии ДЗМ», а также консультативно-диагностический центр № 6 и городская поликлиника № 45, которые относятся к службе «Единого окна» САО г. Москвы.

Эмпирическая база состояла из 7 респондентов (соответственно всего было проведено 7 глубинных интервью) – практикующих врачей психиатров-наркологов, которые ежедневно проводят медицинское освидетельствование водителей.

Все записи интервью были транскрибированы и проанализированы с помощью методов открытого, осевого и избирательного кодирования в программе Atlas.ti. Так, вначале были выделены основные смысловые категории ответов респондентов в соответствии с главным исследовательским вопросом:

«Какие, по мнению врачей, существуют особенности оценки годности водителей, лишенных прав за вождение в состоянии опьянения?»

² Приказ от 18 декабря 2015 г. № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)».

После обобщения данных по каждой категории были сформированы субкатегории, базирующиеся на инсайтах (неочевидных высказываниях) респондентов. Далее к каждой субкатегории было дано пояснение – описание феноменов, с которыми сталкиваются врачи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По итогам обработки данных в ходе глубинных интервью были получены следующие результаты, отражающие специфику работы врачей-наркологов при проведении оценки годности водителей, лишенных права управления ТС:

1. *При проведении оценки годности водителей к управлению ТС, ранее лишенных прав за вождение в нетрезвом виде, врачи психиатры-наркологи склонны проявлять субъективизм.*

Как уже говорилось выше, при проведении процедуры оценки годности водителей к управлению ТС врачи психиатры-наркологи опираются на критерии, содержащиеся в Порядке, которые могут свидетельствовать лишь об актуальном состоянии опьянения. Таким образом, врач, принимая прогностическое решение о состоянии пациента, вынужден выходить за рамки установленного Порядка, преимущественно опираясь на собственные экспертные знания.

В целом, процедура оценки годности водителей к управлению ТС стандартна и проводится в два этапа – осмотр пациента и лабораторная диагностика на определение присутствия в организме обследуемого психоактивного вещества (далее – ПАВ) (обязателен для водителей, лишенных прав за управление ТС в состоянии опьянения). По мнению респондентов, химико-токсикологическое исследование биологического материала обследуемого (далее – ХТИ) является наиболее объективным методом диагностики длительного и систематического употребления алкоголя и других ПАВ. Даже при отсутствии у пациента внешних признаков синдрома зависимости, установление положительного результата ХТИ может стать законным основанием для недопуска обследуемого к управлению ТС. Однако в ситуации, когда результат ХТИ отрицательный, экспертное решение полностью зависит от мнения врача, проводящего обследование. Респонденты отмечают, что выработали для себя собственный принцип приоритетности критериев, который уже привыкли использовать в своей врачебной практике. При этом важную роль играет наличие

у врача опыта клинической работы по специальности «Психиатрия». По мнению респондентов, в этом случае врач психиатр-нарколог больше внимания уделяет психическому состоянию пациента: особенностям его поведения во время осмотра, возникающим в процессе беседы эмоциональным реакциям и т. п.

«Мне повезло, я работал психиатром и знаю, на что важно обращать внимание. Оценивается даже роспись, какой почерк, как заполняют данные и т. д.»

Исследование показало, что на процедуру медицинского освидетельствования может оказывать влияние имеющийся у специалиста негативный опыт взаимодействия с пациентами. Опасение врача по поводу возможных конфликтных ситуаций и жалоб пациента в ряде случаев приводит к формализации проведения процедуры оценки годности водителя к управлению ТС (с осторожностью используются дополнительные методы обследования). Следует подчеркнуть, что при этом врач не нарушает принципов своей работы – он добросовестно выполняет трудовые функции, оценивая пациентов с точки зрения формальных признаков. Однако, к примеру, недостаточно глубокий анализ анамнеза пациента оставляет без внимания прогностически значимые критерии для оценки годности водителя к управлению ТС, в том числе такие, как наличие в прошлом нарушений ПДД с использованием ТС в состоянии опьянения.

В то же время *личный* травмирующий опыт, связанный с ДТП с участием нетрезвого водителя, побуждает врача более основательно подходить к внешнему осмотру «лишенцев». Со слов респондентов, в данных обстоятельствах осознаются потенциальные риски, которые сопряжены с вынесением неверного решения относительно годности к управлению ТС нарушителей ПДД. С высокой долей вероятности можно предполагать, что негативный опыт врача является значимым фактором, определяющим отношение специалиста к процедуре осмотра (детальность осмотра и увеличение его продолжительности), что также свидетельствует о проявлениях субъективизма при оценке годности водителей к управлению ТС.

«Недавно пьяный водитель врезался в близкую родственницу. Повезло, что она осталась жива. Считаю, что пьяный за рулем – это утрата ситуационного контроля».

2. Особенности организации процедуры оценки годности водителей к управлению ТС могут оказывать негативное влияние на отношение

обследуемого к врачу (феномен дискредитации статуса врача).

Поскольку услуга по получению справки о годности к управлению ТС является платной, зачастую наблюдается феномен «гарантированного» результата – ситуации, когда пациент, заплатив деньги, требует взамен получения оказанной услуги (в данном случае – это факт выдачи справки). Руководствуясь принципом “клиент всегда прав”, водитель оказывает психологическое давление на специалиста, отказывается от дополнительного обследования, настаивает на получении положительного заключения (справки) «в любом случае». При этом игнорируется законное право врача на мотивированный отказ пациенту в выдаче заключения, а также возможности направления последнего на дообследование. В некоторых случаях врачи, стараясь избежать конфликтных ситуаций, делегируют принятие решения врачебной комиссии (безусловно, при отсутствии положительных результатов ХТИ и явных признаков зависимости от ПАВ у пациента), либо выдают водителю положительное заключение, отказавшись от глубинного осмотра (формализм при проведении процедуры осмотра).

«Если внешний вид не внушает доверия, то мы можем отправить на дообследование, но, конечно, люди начинают возмущаться, надо обосновать. Я не могу описать, что Вы выглядите странно. Говорим, что Вы выглядите старше своего возраста, есть отечность лица, гиперемия, но люди обижаются, потом жалобы пишут».

Следует отметить, что на отношение пациентов к процедуре освидетельствования и статусу врача, проводящего обследование, влияет в том числе организационный (внешний) фактор. В настоящее время в Москве предусмотрена возможность освидетельствования врачом психиатром-наркологом не только в условиях наркологического диспансера, но и в службе «единого окна». По наблюдению врачей, в диспансерах обследуемые водители ведут себя более сдержанно, что опрошенные связывают с традиционной обстановкой, которая (в отличие от «единых окон») напрямую ассоциируется с медицинским учреждением:

«В Единых окнах все заточено на то, чтобы пациент внес деньги и за эти деньги получил весь комплекс обследования. А здесь (в диспансере) у людей больше доверия – они точно знают, что это наркология; чувствуют, что попали к врачам, даже по-другому себя ведут».

3. Степень воспринимаемого риска от принятия неверного решения в результате процедуры

оценки годности водителей к управлению ТС, лишенных прав за управление ТС в состоянии опьянения, ниже в сравнении с ошибочным заключением при получении справки на оружие.

Респондентам предлагалось найти отличительные черты указанных процедур. С одной стороны, опрошенные отмечали, что при обследовании водителей они зачастую относятся предвзято к тем, кто ранее практиковали вождение в нетрезвом виде. В качестве значимого фактора для врача выступал сам факт совершения правонарушения обследуемым (наличие статуса «провинившегося»), а также собственные (врача) морально-этические ценности. С другой стороны, по данным респондентов, к осмотру пациентов, лишенных права управления ТС, относятся лояльнее по сравнению с оценкой годности кандидатов на получение оружия: в последнем случае, к примеру, только психолог беседует с обследуемым около 1,5 часов, тогда как при проверке годности водителя-«лишенца» 1,5 часа – это длительность всей процедуры.

«Ну, здесь, видите, не так страшно. Тут нет обязательного психолога, это не допуск на оружие, потому что при допуске на оружие обязательно психолога проходят, здесь – на усмотрение врача».

Поскольку, согласно Порядку, критерии осмотра пациентов для обеих процедур абсолютно идентичны, различие в отношении врачей к этим обследованиям связано, вероятно, с разницей в восприятии степени риска от последствий вынесения неверного решения в обоих случаях. Так, последствия получения права на владение оружием человеком с наркологическим расстройством, осознаются как социально опасные. Парадокс же заключается в том, что автомобиль также является средством повышенной опасности как для водителя ТС, так и остальных участников дорожного движения. Кроме того, лица, лишенные прав за управление ТС в состоянии опьянения, уже совершали правонарушение как минимум один раз, и, как свидетельствуют данные ГИБДД [2], в части случаев склонны к рецидиву. Таким образом, последствия принимаемого экспертного решения в отношении водителя, восстанавливающего право управления ТС, в равной мере связаны с высокой степенью риска, а сама процедура освидетельствования имеет высокую социальную значимость.

4. Врачи психиатры-наркологи, несмотря на возможность привлечения дополнительных ресурсов при оценке годности водителей, склонны избегать самостоятельного принятия решения

и делегировать вынесение заключения другим специалистам.

Результаты глубинных интервью показали: зачастую врачи отказываются от комплементарного обследования, опасаясь обвинений со стороны пациента в преднамеренном затягивании процесса выдачи справки. В частности, при возникновении спорных в клиническом плане случаев врач психиатр-нарколог передает ответственность за принятие решения третьим лицам. В первом случае он делегирует пациента врачебной комиссии в наркологическом диспансере, а та уже выносит коллегиальное заключение. Однако это становится для врача нежелательным, поскольку требует привлечения дополнительных ресурсов, за которые пациенты по естественным причинам отказываются платить.

«В Регламенте прописано – в случае подозрений необходимо отправить пациента на дообследование. Но мы, к сожалению, не всегда это можем сделать, потому что дообследование платное».

Во втором – замечая наличие у обследуемого признаков нарушений в психической сфере, которые могут являться косвенной причиной употребления ПАВ (аффективные и поведенческие нарушения; расстройства, связанные с перенесенным стрессом и т.п.), преимущественно подтверждает отсутствие «наркологических» противопоказаний. При этом передает ответственность за принятие окончательного решения относительно годности обследуемого к управлению ТС врачу-психиатру (делегирующее полномочий, а не совместное консультирование).

Становится очевидным, что работа, направленная на разработку дополнительных критериев осмотра, приобретает большую актуальность и значимость. В то же время требуется инструкция, описывающая действия врача в случаях, если у пациента выявлены те или иные признаки, не позволяющие дать положительное заключение.

Среди дополнительных критериев, которые (при нивелировании влияния организационных факторов) в перспективе помогли бы врачу оценить состояние водителя-«лишенца», респонденты отмечали обязательный тест CDT (как наиболее точный и объективный), факт прохождения пациентом реабилитационных программ, а также данные персональной статистики водителя по количеству правонарушений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения:

«Обязательно нужно спрашивать, смотреть, сколько раз до этого был, может. в базе. Это

будет сигналом – почему лишили и сам факт того, что пьяное вождение было».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты глубинных интервью позволили получить более полное представление об изучаемом предмете, сформулировать первые гипотезы и скорректировать способ сбора данных на следующих этапах исследования.

Во-первых, необходима унификация процесса оценки водителей, которая позволит решить сразу несколько проблем, существующих в настоящей процедуре. С одной стороны, результат процедуры не будет зависеть от места ее проведения («Единое окно» или диспансер), а фактор субъективизма врача, который имеет место из-за недостатка необходимых критериев осмотра и различий в их использовании врачами психиатрами-наркологами, будет минимизирован, что сократит количество возможных ошибок при оценке годности водителей к управлению ТС. С другой стороны, стандартизация процедуры положительно повлияет и на организационный аспект ее проведения: наличие регламента/ подробной инструкции предположительно позволит сократить длительность осмотра, не снижая качество его проведения. Кроме того, пациенту в этом случае будет труднее оспорить действия и заключение врача. Унификация предполагает дополнение к действующему Порядку более подробного списка критериев, которым должен удовлетворять водитель, а также создание единого алгоритма маршрутной карты пациента в случае необходимости проведения ему дополнительного осмотра.

Во-вторых, при разработке вышеупомянутой инструкции важно найти исчерпывающее количество дополнительных критериев, которые помогли бы врачам при оценке годности обследуемых к управлению ТС. В первую очередь это применимо в ситуациях, когда наиболее объективный тест (метод лабораторной диагностики) дает отрицательный результат, а состояние пациента, тем не менее, вызывает у специалиста сомнения. В подобной ситуации врач при наличии дополнительных инструментов сможет комплексно оценить причины рискованного поведения пациента и точнее прогнозировать вероятность совершения им подобных социально-опасных действий.

Авторами настоящей работы была найдена неочевидная, однако очень значимая проблема

изучаемой процедуры, которая связана с восприятием обследуемыми водителями фигуры врача психиатра-нарколога. Из-за специфического в ряде случаев организационного сопровождения процедура освидетельствования представляется пациенту как оказание своего рода государственной (муниципальной) услуги, когда при наличии необходимых документов и после формального прохождения определенных «окошек», он получает гарантированный положительный результат, несмотря на то что основанное на результатах осмотра решение специалиста вполне может быть не в пользу обследуемого. В данном случае необходимо оказывать на пациентов меры коммуникационного воздействия: перед записью на платную процедуру предупреждать их о том, что результат освидетельствования (выдача положительного заключения) не может быть гарантирован. Также представляется важным информировать обследуемых в доступной форме об особенностях проводимой процедуры (например, в виде информационного листка). Осведомленность обследуемых позволит снизить вероятность возникновения негативных реакций по отношению к врачу и степень возможного давления на него со стороны обратившегося. В ключевом сообщении проводимой коммуникации необходимо продемонстрировать значимость процедуры для водителя – рассказать, что

от того, насколько успешно пациент пройдет врачей, зависит возможность получения им медицинского допуска к управлению ТС. Кроме того, важно подчеркнуть, что от процедуры оценки зависит и здоровье самого водителя – заключение врача о его годности является гарантией того, что риск попадания в ДТП из-за вождения в нетрезвом виде будет минимизирован.

Анализ полученных данных позволил сформировать вопросы и разработать анкету для количественного этапа исследования, на котором с помощью статистических методов будет проверена актуальность предложенных врачами дополнительных критериев. Однако проведенные интервью показали, что ввиду некоторых организационных трудностей, а также потребности врачей следовать социально-одобряемому паттерну поведения, предложения респондентов важно «проверить» с помощью переменных, измеряющих их эффективность. Так, на следующем этапе исследования следует ввести уточняющие вопросы относительно возможной пользы от введения дополнительных критериев и «достаточности» существующих в настоящее время критериев для оценки состояния водителей. Это также поможет выявить частоту встречаемости тех латентных проблем процедуры оценки, которые авторы настоящего исследования выявили по итогам бесед с респондентами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 08.01.2018 № 1-р «Об утверждении Стратегии безопасности дорожного движения в Российской Федерации на 2018–2024 годы».
2. Дорожно-транспортная аварийность в Российской Федерации за 2022 год. Информационно-аналитический обзор. М.: ФКУ «НЦ БДД МВД России», 2023. 150 с.
3. Beccegato E., Ruggeri A., Montisci M., Terranova C. Driving license regranting in DUI subjects: Road accident variables and predictive factors of substance use disorder / *Sci Prog.* 2021, Vol. 104, No 3, P. 1–14. DOI: 10.1177/00368504211033702.
4. European Commission (2021) Road safety thematic report – Alcohol, drugs and medicine. European Road Safety Observatory. Brussels, European Commission, Directorate General for Transport / URL: https://road-safety.transport.ec.europa.eu/system/files/2022-01/Road%20safety%20thematic%20report%20Alcohol%20drugs%20and%20medicines_final.pdf
5. Бедина И.А., Кочетова Т.В. Программы психологических интервенций по коррекции дорожного поведения водителей // *Современная зарубежная психология.* – 2023. – Т. 12, № 1. – С. 67–76. – DOI: 10.17759/jmfp.2023120107.
6. Vaucher P., Michiels W., Joris Lambert S., Favre N., Perez B., Baertschi A., Favrat B., Gache P. Benefits of short educational programmes in preventing drink-driving recidivism: A ten-year follow-up randomised controlled trial / *Int. J. Drug. Policy.* 2016, Vol. 32, P. 70–76. DOI: 10.1016/j.drugpo.2016.03.006.
7. Бедина И.А., Бурцев А.А., Кочетова Т.В. Основные модели медико-психологической работы по профилактике повторного управления транспортным средством в состоянии опьянения (международный опыт) // *Психология и право.* – 2022. – Т. 12, № 1. – С. 2–14. – DOI: 10.17759/psylaw.2022120101.
8. Бурцев А.А., Баканов К.С., Бедина И.А. Обзор мирового опыта допуска к управлению транспортными средствами (Испания, Хорватия) // *Наркология.* – 2020. – Т. 19, № 8. – С. 56–63. – DOI: 10.25557/1682-8313.2020.08.56-63.

REFERENCES

1. Decree of the Government of the Russian Federation dated 08.01.2018 No. 1-r "On approval of the Road Safety Strategy in the Russian Federation for 2018–2024".
2. Road traffic accidents in the Russian Federation in 2022. Information and analytical review. Moscow: FKU "NC BDD of the Ministry of Internal Affairs of Russia", 2023. 150 p.
3. Beccegato E., Ruggeri A., Montisci M., Terranova C. Driving license regranting in DUI subjects: Road accident variables and predictive factors of substance use disorder / Sci Prog. 2021, Vol. 104, No 3, P. 1–14. DOI: 10.1177/00368504211033702.
4. European Commission (2021) Road safety thematic report – Alcohol, drugs and medicine. European Road Safety Observatory. Brussels, European Commission, Directorate General for Transport / URL: https://road-safety.transport.ec.europa.eu/system/files/2022-01/Road%20safety%20thematic%20report%20Alcohol%20drugs%20and%20medicines_final.pdf
5. Bedina I.A., Kochetova T.V. Programs of psychological interventions to correct drivers' road behavior // Modern foreign psychology. – 2023. – Vol. 12, No. 1. – P. 67–76. DOI: 10.17759/jmfp.2023120107.
6. Vaucher P., Michiels W., Joris Lambert S., Favre N., Perez B., Baertschi A., Favrat B., Gache P. Benefits of short educational programmes in preventing drink-driving recidivism: A ten-year follow-up randomised controlled trial / Int. J. Drug. Policy. 2016, Vol. 32, P. 70–76. DOI: 10.1016/j.drugpo.2016.03.006.
7. Bedina I.A., Burtsev A.A., Kochetova T.V. Basic models of medical and psychological work on the prevention of repeated driving while intoxicated (international experience) // Psychology and law. – 2022. – Vol. 12, No. 1. – P. 2–14. DOI: 10.17759/psylaw.2022120101
8. Burtsev A.A., Bakanov K.S., Bedina I.A. Review of the world experience of admission to driving vehicles (Spain, Croatia) // Narcology. – 2020. – Vol. 19, No. 8. – P. 56–63. DOI: 10.25557/1682-8313.2020.08.56-63.

ES

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN DE LA APTITUD PARA CONDUCIR DE CONDUCTORES PREVIAMENTE PRIVADOS DE SU PERMISO POR CONDUCIR EN ESTADO DE EBRIEDAD: UN ESTUDIO CUALITATIVO

A.V. Masyakin, I.A. Bedina, E.Yu. Kharitonenkova, A.S. Sazonova, I.D. Bedina

Anotación

Propósito: identificar factores importantes que influyen en la decisión de un psiquiatra-narcólogo de permitir que un conductor conduzca un vehículo (vehículo) durante un examen médico relacionado, con el restablecimiento del derecho a conducir un vehículo.

Materiales y métodos. Se realizaron una serie de entrevistas en profundidad con psiquiatras y narcólogos para estudiar los problemas que encuentran al realizar una evaluación médica a los conductores de vehículos relacionados con el restablecimiento del derecho a conducir un vehículo.

Resultados. Los psiquiatras y narcólogos tienden a ser subjetivos al examinar a conductores que anteriormente fueron privados de su licencia por conducir un vehículo en estado de ebriedad. El grado de riesgo percibido al tomar una decisión incorrecta basándose en los resultados de este procedimiento es menor en comparación con una conclusión errónea al obtener un certificado para armas. A pesar de la posibilidad de atraer recursos adicionales a la hora de evaluar la aptitud de los conductores, los psiquiatras y narcólogos tienden a evitar tomar decisiones por sí mismos y delegar las conclusiones a otros especialistas. Las características de la organización de este procedimiento pueden tener un impacto negativo en la actitud del sujeto hacia el médico (el fenómeno de desacreditar el estatus del médico).

Conclusión. Es necesario desarrollar criterios de diagnóstico adicionales a los actuales, que debe de cumplir un conductor que "pasa por" el procedimiento para restaurar su licencia de conducir. Esto se aplica principalmente en situaciones en las que el método de diagnóstico de laboratorio da un resultado negativo, pero el estado del paciente genera dudas al especialista. Es necesario crear un algoritmo unificado para el mapa de ruta del examen si es necesario un examen adicional del paciente con importancia diagnóstica.

Palabras clave: examen, conductor, estado de ebriedad, prevención de accidentes viales, permiso para conducir un vehículo.

FR

CARACTÉRISTIQUES DE LA PROCÉDURE D'ÉVALUATION DE L'APTITUDE À CONDUIRE DES CONDUCTEURS PRÉALABLEMENT PRIVÉS DE PERMIS POUR CONDUIRE EN ÉTAT D'ÉBRIÉTÉ: UNE ÉTUDE QUALITATIVE

UN V. Masyakin, I.A. Bedina, E.Yu. Kharitonenkova, A.S. Sazonova, I.D. Bédina

Annotation

Objectif: identifier les facteurs significatifs influençant la décision d'un psychiatre-narcologue d'autoriser un conducteur à conduire un véhicule (véhicule) lors d'un examen médical lié au rétablissement du droit de conduire un véhicule.

Matériels et méthodes. Une série d'entretiens approfondis a été menée avec des psychiatres et des narcologues pour étudier les problèmes existants qu'ils rencontrent lors de la réalisation d'un examen médical des conducteurs de véhicules lié au rétablissement du droit de conduire un véhicule.

Résultats. Lorsqu'ils procèdent à des examens de conducteurs qui ont déjà été privés de leur permis pour avoir conduit un véhicule en état d'ébriété, les psychiatres et les narcologues ont tendance à être subjectifs. Le degré de risque perçu lié à une prise de décision incorrecte sur la base des résultats de cette procédure est inférieur à celui d'une conclusion erronée lors de l'obtention d'un certificat pour une arme. Malgré la possibilité d'attirer des ressources supplémentaires lors de l'évaluation de l'aptitude des conducteurs, les psychiatres et les narcologues ont tendance à éviter de prendre des décisions par eux-mêmes et à déléguer la conclusion à d'autres spécialistes. Les caractéristiques de l'organisation de cette procédure peuvent avoir un impact négatif sur l'attitude du sujet envers le médecin (phénomène de discrédit du statut du médecin).

Conclusion. Il est nécessaire de développer des critères de diagnostic supplémentaires à ceux actuels, qui doivent être remplis par un conducteur «passant par» la procédure de restauration d'un permis de conduire. Ceci s'applique principalement dans les situations où la méthode de diagnostic en laboratoire donne un résultat négatif, mais où l'état du patient suscite cependant des doutes chez le spécialiste. Il est nécessaire de créer un algorithme unifié pour la feuille de route de l'examen si un examen supplémentaire significatif du patient sur le plan diagnostique est nécessaire.

Mots clés: examen, conducteur, état d'ébriété, prévention des accidents de la route, autorisation de conduire un véhicule.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Масякин Антон Валерьевич – д-р мед. наук, директор ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ», г. Москва, Россия.

Anton V. Masyakin – Doctor of Medical Sciences, Director of Moscow Research and Practical Centre of the Department of Public Health, Moscow, Russia.

E-mail: MasyakinAV@zdrav.mos.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9614-7343>

Бедина Инесса Александровна – канд. мед. наук, ученый секретарь ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ», г. Москва, Россия.

Inessa A. Bedina – Candidate of Medical Sciences, scientific Secretary Moscow Research and Practical Centre of the Department of Public Health, Moscow, Russia.

E-mail: ibedina@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9040-2913>

Харитonenкова Евгения Юрьевна – канд. мед. наук, зам. главного врача по судебно-психиатрической экспертизе ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ», г. Москва, Россия.

Eugenia Yu. Kharitonenkova – Candidate of Medical Sciences, Deputy Chief Physician for Forensic Psychiatric Examination of Moscow Research and Practical Centre of the Department of Public Health, Moscow, Russia.

E-mail: evgenia4958@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1200-5434>

Сазонова Алина Станиславовна – зам. главного врача по медицинской части ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ», г. Москва, Россия.

Alina S. Sazonova – Deputy Chief Medical Officer of Moscow Research and Practical Centre of the Department of Public Health, Moscow, Russia.

E-mail: sazonova.alina74@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1273-3617>

Бедина Инесса Дмитриевна – младший научный сотрудник ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ», г. Москва, Россия.

Inessa D. Bedina – junior research assistant Moscow Research and Practical Centre of the Department of Public Health, Moscow, Russia.

E-mail: inbed@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3782-0710>

НОВОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РОССИЯ ЗАНЯЛА ВЫСОКОЕ МЕСТО В РЕЙТИНГЕ ЗРЕЛОСТИ ЦИФРОВОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Россия получила оценку «четыре» в мировом рейтинге зрелости цифрового здравоохранения Global Digital Health Monitor 2023 года. Аналитики оценивали уровень развитости цифрового здравоохранения по пятибалльной шкале, где пять – степень наивысшей зрелости. В целом 22% стран из 67 получили от аналитиков «4». России поставили «четверку» в целом и по нескольким параметрам, таким как уровень инфраструктуры, уровень регулирования и управления. «Рейтинг строится на базе данных из открытых источников», – указано в методологии исследования.

Большинство стран (40%), изученных в рамках построения карты, получили за цифровое здравоохранение «тройку». Лишь три государства достигли пятого, наивысшего уровня зрелости: Португалия, Саудовская Аравия и ОАЭ.

В марте 2024 года министр цифрового развития, связи и массовых коммуникаций РФ Максют Шадаев назвал здравоохранение в числе сфер отечественной экономики, где ИИ достиг «достаточной степени зрелости». Такие данные он привел на пленарной сессии «Искусственный интеллект – главная технология XXI века».

Источник: медвестник.ру

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ИНФОРМАЦИОННОГО ПОЛЯ ВОСПРИЯТИЯ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В.Н. БУЗИН¹

¹ ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-41-51

Аннотация

При изучении отношения населения к сбережению собственного здоровья остается малоизученным вопрос связи абстрактного знания о вреде, наносимом здоровью факторами риска и реального понимания наносимого вреда этими факторами своему собственному здоровью.

Цель данной работы: провести анализ структуры информационного поля отношения населения к влиянию ФР на здоровье.

Материалы и методы. Материалом для анализа явились результаты социологического опроса в трех пилотных регионах Российской Федерации – Тульской области, Ставропольском крае и Республике Крым. Анкета состояла из 33 вопросов, касающихся факторов риска и их влияния на организм человека и блока вопросов, касающихся источников медицинской информации и доверия к ним. Объем выборки составил 1718 респондентов. Использовались методы: описательной статистики и социологический метод анкетирования. Статистическая обработка данных и их перевзвешивание проводилась в статистическом пакете обработки данных SPSS22.0. В целом по исследованию ошибка выборки не превышает 1,99% для уровня доверительной вероятности $p < 0,1$.

Результаты. Исследование показало, что абстрактное знание о вреде конкретного ФР практически по всем ФР достаточно высоко, поскольку именно на них и были направлены усилия медицинского сообщества последние десятилетия. Причем самые высокие значения ожидаемо имеют такие ФР как употребление табака, употребление алкоголя, повышенное содержание сахара (глюкозы) в крови и повышенное артериальное давление. Уровень знания вреда ФР, разъяснению которым медицинское сообщество уделяло меньше внимания, ожидаемо были ниже. Самое низкое значение имеет такой ФР как низкое содержание йода в соли, которую употребляют в пищу. Оценка взаимосвязи таких переменных, как абстрактное знание вреда о ФР и понимания их вреда для своего организма по двухстороннему Т-критерию показала, что это переменные полностью независимы друг от друга на уровне значимости $p < 0,001$. Этот результат заставил нас более внимательно посмотреть на факторную структуру исследуемого поля реальности и выдвинуть предположение о независимости знания о вреде наносимых организму человека ФР и поведенческих паттернов в отношении ФР. В результате факторного анализа 73 переменных было выделено 9 факторов: первый и самый мощный по влиянию фактор (10,33%) – знание влияния ФР на собственное здоровье; второй по мощности фактор (8,71%) – знание о вреде ФР; третий выделенный фактор (5,46%) – доверие к источникам информации, в который вошли как доверие к СМИ, так и доверие к телеведущим, популярным личностям и доверие к руководителям региона, города; четвертый выделенный фактор (4,67%) – гендерные особенности контроля ФР населением; пятый выделенный фактор (4,59%) – источники получения информации о ФР; шестой выделенный фактор (4,30%) – возрастные особенности контроля ФР; седьмой выделенный фактор (3,32%) – использование гаджетов для контроля ФР и занятия спортом; восьмой выделенный фактор (3,00%) – доверие к медработникам как источнику информации; девятый выделенный фактор (2,59%) – курение и употребление алкоголя.

Заключение. Оценка влияния ФР на собственное здоровье у респондентов в рамках проведенного исследования оказалась значительно ниже, чем абстрактное знание о вредном влиянии этих ФР. Анализ факторной структуры исследуемого поля подтвердил правомерность такого разделения знания на основе представлений о его различных формах – «знания в себе» и «знания для себя». Проведенный анализ позволил сформулировать ряд условий для повышения эффективности профилактической работы с населением, в том числе и для повышения воздействия популяционной профилактики: необходимо более активно задействовать наиболее значимые для населения источники – медицинских работников, научных медицинских работников и руководителей здравоохранения; более полно в профилактических мероприятиях учитывать половозрастные особенности аудиторий; использование СМИ должно предваряться анализом уровня доверия к ним со стороны целевых аудиторий; сами информационные сообщения должны предварительно проверяться на запоминаемость. Профилактические мероприятия должны менять личностные смыслы конкретных людей в отношении ФР и ЗОЖ, а не ограничиваться констатацией общего знания о них. Исследование также позволяет определить направления дальнейшего исследования отношения населения к ФР и собственному здоровью как междисциплинарную задачу с необходимыми привлечением специалистов по медицинской и общей психологии, психологии личности и психологии мотивации, а также социологов.

Ключевые слова: факторы риска, социологическое исследование, отношение к здоровью, отношение к факторам риска, факторный анализ.

Для цитирования: Бузин В.Н. Анализ структуры информационного поля восприятия факторов риска неинфекционных заболеваний. Общественное здоровье. 2024; 2(4):41–51, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-41-51

Контактная информация: Бузин Валерий Николаевич, e-mail: buzinvn@mednet.ru

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 20.12.2023. **Статья принята к печати:** 11.03.2024. **Дата публикации:** 25.06.2024.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-41-51

ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF THE INFORMATION FIELD OF PERCEPTION OF RISK FACTORS FOR NON-COMMUNICABLE DISEASES

V.N. Buzin¹

Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

Abstract

When studying the attitude of the population to saving their own health, the question of the connection between abstract knowledge about the harm caused to health by risk factors and a real understanding of the harm caused by these factors to their own health remains poorly understood.

The purpose of this work is to analyze the structure of the information field of the population's attitude to the impact of FR on health.

Materials and methods. The material for the analysis was the results of a sociological survey in three pilot regions of the Russian Federation – Tula Region, Stavropol Territory and the Republic of Crimea. The questionnaire consisted of 33 questions concerning risk factors and their impact on the human body and a block of questions concerning sources of medical information and trust in them. The sample size was 1,718 respondents. The following methods were used: descriptive statistics and the sociological method of questioning. Statistical data processing and reweighing were carried out in the statistical data processing package SPSS22.0. In general, the sampling error in the study does not exceed 1.99% for a confidence level of $p < 0.1$.

Results. The study showed that abstract knowledge about the harm of a particular FR in almost all FR is quite high, since it is precisely on them that the efforts of the medical community have been directed in recent decades. Moreover, the highest values are expected to have such factors as tobacco use, alcohol consumption, elevated blood sugar (glucose) and high blood pressure. The level of knowledge of the harm of FR, to which the medical community paid less attention, was expected to be lower. The lowest value is such a FR as a low iodine content in salt, which is consumed in food. An assessment of the relationship of variables such as abstract knowledge of harm about FR and understanding of their harm to one's body using a two-way T-criterion showed that these variables are completely independent of each other at the significance level $p < 0.001$. This result made us look more closely at the factor structure of the studied field of reality and put forward the assumption of independence of knowledge about the harm caused to the human body by FR and behavioral patterns in relation to FR. As a result of factor analysis of 73 variables, 9 factors were identified: the first and most powerful factor (10.33%) – knowledge of the effect of FR on one's own health; the second most powerful factor (8.71%) – knowledge of the harm of FR; the third highlighted factor (5.46%) – trust in information sources, which included both trust in the media and trust in TV presenters, popular personalities and trust in the leaders of the region and the city; the fourth highlighted factor (4.67%) is the gender characteristics of the control of the FR by the population; the fifth highlighted factor (4.59%) is the sources of information about the FR; the sixth highlighted factor (4.30%) – age-related features of FR control; the seventh highlighted factor (3.32%) – the use of gadgets to control FR and exercise; the eighth highlighted factor (3.00%) – trust in health workers as a source of information; the ninth highlighted factor (2.59%) – smoking and alcohol consumption.

Conclusion. The assessment of the effect of FR on the respondents' own health in the framework of the conducted study turned out to be significantly lower than abstract knowledge about the harmful effects of these FR. The analysis of the factor structure of the studied field confirmed the validity of such a division of knowledge based on ideas about its various forms – «knowledge in itself» and «knowledge for oneself». The analysis made it possible to formulate a number of conditions for improving the effectiveness of preventive work with the population, including to increase the impact of population prevention: it is necessary to more actively involve the most important sources for the population – medical workers, scientific medical workers and health managers; more fully take into account the gender and age characteristics of audiences in preventive measures; the use of mass media should be preceded by an analysis of the level of trust in them from the target audience; the information messages themselves must first be checked for memorability. Preventive measures should change the personal meanings of specific people in relation to FR and HLS, and not be limited to stating general knowledge about them. The study also allows us to determine the directions for further research of the population's attitude to the FR and their own health as an interdisciplinary task with the necessary involvement of specialists in medical and general psychology, personality psychology and motivation psychology, as well as sociologists.

Keywords: risk factors, sociological research, attitude to health, attitude to risk factors, factor analysis.

For citation: Buzin V.N. Analysis of the structure of the information field of perception of risk factors for non-communicable diseases. Public health. 2024; 2(4):41–51, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-41-51

For correspondence: Valery N. Buzin, e-mail: buzinvn@mednet.ru

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) каждый год от неинфекционных заболеваний (НИЗ) умирает 41 миллион человек, что составляет 74% всех случаев смерти в мире, они ежегодно уносят жизни 17

миллионов человек, не достигших 70 лет и 86% таких преждевременных случаев смерти происходят в странах с низким и средним уровнем дохода [1]. НИЗ распространены во всех возрастных группах всех регионов и стран. Эти заболевания

часто связывают с пожилыми возрастными группами, но объективные данные свидетельствуют о том, что 17 миллионов случаев смерти от НИЗ происходят среди лиц младше 70 лет. При этом 86% таких случаев преждевременной смерти имеют место в странах с низким и средним уровнем дохода. Способствующие развитию НИЗ факторы риска (нездоровое питание, недостаточная физическая активность, воздействие табачного дыма, вредное употребление алкоголя и загрязнение воздуха) угрожают всем возрастным группам – детям, взрослым и пожилым. Поставленные в 2015 г. в рамках ЦУР задачи по борьбе с НИЗ и факторами риска потребовали целенаправленных действий со стороны государств в области политики и законодательства, а также обеспечения систем здравоохранения соответствующими ресурсами [2]. С позиции укрепления общественного здоровья и профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), по данным ВОЗ, важное значение имеют управляемые/модифицируемые факторы риска хронических заболеваний. Основные ХНИЗ и факторы риска часто сочетаются и взаимодействуют, нередко взаимно усиливая друг друга. Чтобы уменьшить бремя ХНИЗ, как показали исследования, необходим комплексный межсекторальный подход, направленный на снижение рисков, связанных с этими заболеваниями, включая не только здравоохранение, но и систему образования, культуры, средств массовой информации (СМИ), финансы, транспорт, сельское хозяйство, торговлю и другие сектора [3–6]. Негативное влияние факторов риска на здоровье населения было не только подтверждено российскими учёными, но и привязано к оценке приносимого ими экономического ущерба (курение, индивидуальное потребление алкоголя, соли, нормы потребления овощей и фруктов, потребление переработанного красного мяса, низкая физическая активность, ожирение, артериальная гипертония) за счет их вклада в развитие основных НИЗ в Российской Федерации [7–8]. Отечественные медики также показали существующий большой потенциал профилактических мероприятий для снижения риска заболеваний [9].

Для формирования методических подходов к работе с населением по профилактике НИЗ и ведению ЗОЖ необходимо в первую очередь выяснить осведомленность населения о наличии таких факторов и степени их влияния на собственное здоровье [10–14]. Знание регионального профиля факторов риска позволяет прицельно разрабатывать профилактические

программы с учетом выявленных особенностей [15–18].

Помимо традиционных в здравоохранении направлений исследований отношения к собственному здоровью ряд исследователей отмечают, что понятие «отношение к здоровью» представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определяющими оценку индивидом своего физического и психического состояния. Категория отношения, зародившись еще в начале в школе В. М. Бехтерева, в дальнейшем развивалась в школе В. Н. Мясищева и основное положение данной концепции заключалось в том, что психологические отношения человека представляют целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности. Иными словами, при психологическом анализе личность рассматривается как система отношений. Описанные В. Н. Мясищевым эмоциональный, познавательный и волевой компоненты отношения соответствуют в психологии трем сферам психического – эмоциональной, когнитивной и мотивационно-поведенческой [19–20].

В рамках этого подхода при изучении отношения населения к сбережению собственного здоровья остается малоизученным вопрос связи абстрактного знания о вреде, наносимом здоровью факторами риска и реального понимания наносимого вреда этими факторами своему собственному здоровью. Попытаемся ответить на этот вопрос в рамках проведенного в ФГБУ «ЦНИИОИЗ» исследования по отношению населения к ФР.

Цель исследования: провести анализ структуры информационного поля отношения населения к влиянию ФР на здоровье.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для анализа явились результаты социологического опроса в трех пилотных регионах Российской Федерации – Тульской области, Ставропольском крае и Республике Крым. Анкета состояла из 33 вопросов, касающихся факторов риска и их влияния на организм человека и блока вопросов, касающихся источников медицинской информации и доверия к ним. Факторы

риска в анкетном опросе соответствовали факторам, определённым ВОЗ) и вносящих основной вклад в преждевременную смертность населения: повышенное артериальное давление, гиперхолестеринемия (повышенный уровень холестерина крови), курение, несбалансированное (нерациональное) питание, недостаточное употребление фруктов и овощей, ожирение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, гипергликемия (повышенный уровень глюкозы крови), низкое содержание йода в соли, употребляемой в пищу, а также вопросы, касающиеся выполнения медицинских рекомендаций по их профилактике.

Объем выборки составил 1718 респондентов. Использовались методы: описательной статистики и социологический метод анкетирования. Для обеспечения репрезентативности выборки по полу респондентов и приведения выборочной совокупности в соответствие с данными Росстата была использована стандартная процедура перевзвешивания данных по полу респондентов. Статистическая обработка данных и их перевзвешивание проводились в статистическом пакете обработки данных SPSS22.0. В целом по исследованию ошибка выборки не превышает 1,99% для уровня доверительной вероятности $p < 0,1$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование показало, что абстрактное знание о вреде конкретного ФР практически по всем ФР достаточно высоко, поскольку именно на них

и были направлены усилия медицинского сообщества последние десятилетия. Причем самые высокие значения ожидаемо имеют такие ФР как употребление табака, употребление алкоголя, повышенное содержание сахара (глюкозы) в крови и повышенное артериальное давление. Уровень знания вреда ФР, разъяснению которых медицинское сообщество уделяло меньше внимания, ожидаемо был ниже. Самое низкое значение имеет такой ФР, как низкое содержание йода в соли, которую употребляют в пищу (таблица 1).

Оценка взаимосвязи таких переменных, как абстрактное знание вреда о ФР и понимания их вреда для своего организма по двухстороннему Т-критерию показала, что эти переменные полностью независимы друг от друга на уровне значимости $p < 0,001$. Этот результат заставил нас более внимательно посмотреть на факторную структуру исследуемого поля реальности и выдвинуть предположение о независимости знания о вреде наносимых организму человека ФР и поведенческих паттернов в отношении ФР. Результаты факторного анализа представлены в таблице 2. Факторный анализ проводился в статистическом пакете обработки данных SPSS22.0 методом главных компонент и последующим вращением факторов методом квартимакс (минимизирует число факторов, необходимых для объяснения каждой переменной и упрощает интерпретацию переменных) для получения ортогональной факторной структуры. Результат этого анализа представлен в таблице 2 и таблице 3.

Проверка ортогональности (то есть независимости факторов) представлена в таблице 3.

Таблица 1

Средние значения абстрактного знания о влиянии факторов риска на здоровье и понимания этого влияния на собственное здоровье (по 10-балльной системе оценок)

Параметр оценки ФР		Употребление табака	Употребление алкоголя	Низкий уровень потребления овощей и фруктов	Повышенное содержание холестерина в крови	Повышенное содержание сахара (глюкозы) в крови	Несбалансированное (нерациональное) питание	Низкая физическая активность	Повышенное артериальное давление	Избыточное употребление соли	Низкое содержание йода в соли, которую употребляют в пищу
Абстрактное знание вреда	Среднее значение	8,42	8,42	7,33	7,67	8,39	7,42	7,58	8,34	7,25	6,49
	Стандартное отклонение	2,34	2,31	2,40	2,33	2,11	2,32	2,34	2,08	2,45	2,52
Понимание вреда для своего организма	Среднее значение	5,25	5,22	5,79	5,30	5,48	6,23	6,40	5,88	5,22	5,06
	Стандартное отклонение	3,88	3,71	3,06	3,37	3,57	2,96	3,12	3,51	3,35	3,20

Таблица 2

Результирующая матрица факторных нагрузок (факторные нагрузки ниже 0,2 не указаны)

	Факторные нагрузки для 7 выделенных факторов								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Вес выделенного фактора (% объясненной дисперсии)	10,33	8,71	5,46	4,67	4,59	4,30	3,32	3,00	2,59
Пол				0,49		0,25	0,23		0,23
Возраст				0,25		-0,58	0,29		
Употребление табака (знание вреда)		0,63							
Употребление алкоголя (знание вреда)		0,61				0,28			
Низкий уровень потребления овощей и фруктов (знание вреда)		0,72							
Повышенное содержание холестерина в крови (знание вреда)		0,75							
Повышенное содержание сахара (глюкозы) в крови (знание вреда)		0,74		0,20					
Несбалансированное (нерациональное) питание (знание вреда)		0,76							
Низкая физическая активность (знание вреда)		0,76							
Повышенное артериальное давление (знание вреда)		0,71							
Избыточное употребление соли (знание вреда)		0,76							
Низкое содержание йода в соли, которую употребляют в пищу (знание вреда)		0,69							
Употребление табака (понимание вреда)	0,77								
Употребление алкоголя (понимание вреда)	0,79								
Низкий уровень потребления овощей и фруктов (понимание вреда)	0,76	0,21							
Повышенное содержание холестерина в крови (понимание вреда)	0,85								
Повышенное содержание сахара (глюкозы) в крови (понимание вреда)	0,85								
Несбалансированное (нерациональное) питание (понимание вреда)	0,75	0,25							
Низкая физическая активность (понимание вреда)	0,74	0,21							
Повышенное артериальное давление (понимание вреда)	0,82								
Избыточное употребление соли (понимание вреда)	0,84								
Низкое содержание йода в соли, которую употребляют в пищу (понимание вреда)	0,77	0,20							
Знание уровня артериального давления				-0,63					
Контроль артериального давления				0,59		-0,40			
Знание уровня глюкозы				-0,63					
Ограничение потребления соли (обратная шкала)		0,24		0,37			-0,23		0,25
Ограничение потребления сахара (обратная шкала)				0,37			-0,34		0,23
Норма употребления овощей (знание норм)				0,32					
Курение (поведение)				0,29					0,53
Употребление алкоголя (поведение)									0,52
Контроль здоровья гаджетами (поведение)							0,73		
Контроль физической активности гаджетами (поведение)							0,72		

Время хождения пешком (знание норм)									
Занятия спортом (поведение)							0,52		
Замена обычной соли йодированной (поведение)							-0,22		
Прием лекарств при гипертонии (поведение)						0,75			
Прием лекарств при повышенном уровне холестерина (поведение)						0,77			
Прием лекарств при повышенном уровне сахара в крови (поведение)						0,70			
Знание ФР (оценка достаточности)				-0,28					
Телевидение – получение информации о ФР					0,60				
Радио – получение информации о ФР					0,68				
Пресса – получение информации о ФР					0,70				
Издания о здоровье и лечении болезней, распространяемые через почтовые ящики – получение информации о ФР					0,53				
Интернет – получение информации о ФР						0,28			
Друзья, соседи, знакомые, родственники – получение информации о ФР					0,35				
Научно-популярные книги, журналы о здоровье – получение информации о ФР			0,35	0,32		-0,24			
Отсутствие интереса к ФР и их влиянию на здоровье					0,25		0,22		
Телевидение – доверие как к источнику информации			0,63						-0,30
Радио – доверие как к источнику информации			0,73						-0,23
Пресса – доверие как к источнику информации			0,75						
Издания о здоровье и лечении болезней, распространяемые через почтовые ящики – доверие как к источнику информации			0,49						
Интернет – доверие как к источнику информации			0,48						
Друзья, соседи, знакомые, родственники – доверие как к источнику информации			0,48						
Научно-популярные книги, журналы о здоровье – доверие как к источнику информации			0,24					0,50	
Руководителям здравоохранения – доверие как к источнику информации			0,26					0,51	
Практикующим врачам – доверие как к источнику информации								0,71	
Научным медицинским работникам – доверие как к источнику информации								0,74	
Телеведущим – доверие как к источнику информации			0,55						0,36
Популярным личностям (актерам, спортсменам и т.д.) – доверие как к источнику информации			0,54						0,44
Руководителям региона, города – доверие как к источнику информации			0,55						0,29
Информации о ЗОЖ в медучреждениях – обращаю внимание				-0,22	-0,29		0,22		
Получение информации о ЗОЖ от работников медицинских организаций				-0,21	-0,37			0,26	
Информация о ЗОЖ в СМИ				-0,36	-0,54				
Помню содержание информации о ЗОЖ в СМИ				-0,36	-0,52				

Таблица 3

Матрица ковариаций выделенных факторов

Фактор	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
7	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
8	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00
9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00

Выделенные факторы после вращения стали независимыми друг от друга. Общая объяснённая дисперсия составляет 46,96%, что считается неплохим результатом для процедур снижения размерности исследуемого поля с 73 переменных до 9.

Следующая основная и наиболее сложная задача факторного анализа – это интерпретация полученных факторов на основе величины факторных нагрузок. Мы предлагаем следующую интерпретацию полученных факторов (таблица 4).

Теперь всё изучаемое нами поле воздействия ФР в рамках поставленной задачи можно свести к 9 укрупненным переменным (факторам).

Первый и самый мощный по влиянию фактор (10,33%) – знание влияния ФР на собственное здоровье, поэтому при составлении программ популяционной профилактики важно прогнозировать понимание предлагаемой населению

информации и возможности формирования личностной мотивации к ограничению воздействия ФР на своё собственное здоровье.

Второй по мощности фактор (8,71%) – знание о вреде ФР. Это именно тот фактор, на который направлены основные усилия популяционной профилактики. И именно этому фактору мы обязаны тем уровнем снижения вреда, приносимого ФР населению Российской Федерации. Но то, что по мощности этот фактор в полученной нами факторной структуре находится на втором месте показывает нам дальнейшие пути совершенствования профилактической работы – привнесения в профилактические программы больше личностного смысла для конкретных индивидов, потребляющих массовую профилактическую продукцию, размещаемую в СМИ.

Третий выделенный нами фактор (5,46%) – доверие к источникам информации, в который

Таблица 4

Структура информационного поля отношения населения к влиянию ФР на здоровье

Выделенная факторная структура отношения населения к ФР	Суммы квадратов нагрузок вращения	% объясняемой дисперсии	Суммарный % объясняемой дисперсии
1 фактор – знание влияния ФР на собственное здоровье	6,71	10,33	10,33
2 фактор – знание о вреде ФР	5,66	8,71	19,04
3 фактор – доверие к источникам информации	3,55	5,46	24,49
4 фактор – гендерные особенности контроля ФР	3,04	4,67	29,16
5 фактор – источники получения информации о ФР	2,99	4,59	33,76
6 фактор – возрастные особенности контроля ФР	2,79	4,30	38,06
7 фактор – использование гаджетов для контроля ФР и занятия спортом	2,16	3,32	41,38
8 фактор – доверие к медработникам как источнику информации	1,95	3,00	44,37
9 фактор – курение и алкоголь – доверие основным источникам информации	1,68	2,59	46,96

вошли как доверие к СМИ, так и доверие к телеведущим, популярным личностям и доверие к руководителям региона, города. То есть этот фактор говорит о необходимости оценки уровня доверия к источникам информации при использовании их в популяционной профилактике.

Четвертый выделенный фактор (4,67%) – гендерные особенности контроля ФР населением. Данный фактор является биполярным и говорит о том, что существуют гендерные различия в поведении респондентов. Так, мужчины меньше интересуются своими показателями артериального давления и уровня глюкозы в крови, что надо учитывать при построении информационной и коммуникационной работы с населением.

Пятый выделенный фактор (4,59%) – источники получения информации о ФР. Данный фактор также является биполярным и отрицательные факторные нагрузки свидетельствуют о том, что несмотря на то, что респонденты знают об информации о ФР в основных СМИ, они не всегда запоминают её содержание.

Шестой выделенный фактор (4,30%) – возрастные особенности контроля ФР. Здесь мы получили ожидаемый результат: с возрастом респонденты начинают более активно контролировать такие ФР, как повышенное давление, уровень холестерина и глюкозы путем приема лекарственных препаратов.

Седьмой выделенный фактор (3,32%) – использование гаджетов для контроля ФР и занятия спортом. Этот фактор связывает использование гаджетов в основном с занятием спортом. Такой подход респондентов к использованию гаджетов может свидетельствовать о том, что при проведении мероприятий популяционной профилактики следует уделять больше внимания пропаганде и доступности новых технологий для персонального использования в индивидуальной профилактике ФР.

Восьмой выделенный фактор (3,00%) – доверие к медработникам как источнику информации, представляется нам одним из важнейших с точки зрения организации процесса формирования личностного смысла ведения ЗОЖ и профилактики ФР у конкретных людей. В этот фактор вошли такие переменные как доверие к практикующим врачам, научным медицинским работникам, руководителям здравоохранения, а также что было более неожиданно – доверие к научно-популярным книгам и журналам о здоровье, что также необходимо использовать для повышения эффективности профилактических мероприятий.

Девятый выделенный фактор (2,59%) – курение и употребление алкоголя. Этот фактор связал доверие к телеведущим и популярным личностям с частотой употребления алкоголя и курением, то есть люди, доверяющие популярным личностям и телеведущим, чаще пьют алкогольные напитки и курят.

В профессиональной психологической литературе вопросы отношения к здоровью время от времени попадают в поле зрения исследователей [20–23], но в поиске по ключевым словам «отношение к здоровью» система Science Index не выдает ни одной публикации. Результаты нашего исследования показали на основе выделения двух независимых факторов – «знание влияния ФР на собственное здоровье» и «знание о вреде ФР» показывают, по мнению авторов, важность формирования исследовательской междисциплинарной программы, построенной на категории «отношения» как наиболее обоснованной с позиции теории личности и интегрирующей все психологические и социологические категории, в рамках которых анализируются остальные понятия, связанные с понятием «отношения к здоровью». А ценностно-мотивационный компонент данного понятия, по мнению авторов ряда исследований, должен играть роль связующего звена между когнитивным и поведенческим компонентами отношения к здоровью [21]. Благодаря сформированности мотивации усвоенное содержание понятий «здоровья» и «здорового образа жизни» реализуется в поведении. Однако роль мотивационного компонента может быть значительнее, чем просто регуляция связи «знание» – «поведение», так как связана с внутренним принятием ценности здоровья и определением степени активности в сохранении и развитии собственного здоровья [21–23].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценка влияния ФР на собственное здоровье у респондентов в рамках проведенного исследования оказалась значительно ниже, чем абстрактное знание о вредном влиянии этих ФР. Таким образом знание о вреде ФР далеко не всегда приводит к применению этих знаний в отношении собственного здоровья и изменению реального поведения респондентов. Анализ факторной структуры исследуемого поля подтвердил правомерность такого разделения знания на основе представлений о его различных формах – «знания в себе» и «знания для себя». Проведенный анализ позволил сформулировать

ряд условий для повышения эффективности профилактической работы с населением, в том числе и для повышения воздействия популяционной профилактики: необходимо более активно задействовать наиболее значимые для населения источники – медицинских работников, научных медицинских работников и руководителей здравоохранения; более полно в профилактических мероприятиях учитывать половозрастные особенности аудиторий; использование СМИ должно предваряться анализом уровня доверия к ним со стороны целевых аудиторий; сами информационные сообщения должны предварительно проверяться на запоминаемость. А главное, любые профилактические мероприятия

должны менять личностные смыслы конкретных людей в отношении ФР и ЗОЖ, а не ограничиваться констатацией общего знания о них. Исследование также позволяет определить направления дальнейшего исследования отношения населения к ФР и собственному здоровью как междисциплинарную задачу с необходимым привлечением специалистов по медицинской и общей психологии, психологии личности и психологии мотивации, а также социологов.

Благодарность. Автор выражает благодарность за помощь в сборе данных в пилотных регионах сотрудникам ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России Е.Д. Савченко и В.А. Шелгунову.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO. Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Дата обращения: 19.12.2023).
2. Глобальное совещание ВОЗ для ускорения работы по выполнению задачи 3.4 ЦУР в отношении неинфекционных заболеваний и психического здоровья. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/events/detail/2019/12/09/default-calendar/ncds2019> (Дата обращения: 19.12.2024).
3. Драпкина О.М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. doi: 10.15829/1728-8800-2022-3235. EDN DNBVAT.
4. Бузин В.Н. Дегуманизация медиапространства: проблемы и решения. Москва, 2021.
5. Бузин В.Н., Холмогорова Г.Т. Обучение здоровому образу жизни и средства массовой информации. Советское здравоохранение. 1991; (12):41–45.
6. Салагай О.О. Стратегические аспекты политики европейского союза в области охраны здоровья граждан. Здравоохранение Российской Федерации. 2012; 57(4): 3–7.
7. Концевая А.В., Муканеева Д.К., Мырзаматова А.О., Баланова Ю.А., Худяков М.Б., Драпкина О.М. Экономический ущерб факторов риска, обусловленный их вкладом в заболеваемость и смертность от основных хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации в 2016 году. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020; 19(1): 48–55.
8. Салагай О.О., Антонов Н.С., Сахарова Г.М. Анализ структуры и динамики потребления табака и никотинсодержащей продукции в российской федерации в 2019–2022 гг. Профилактическая медицина. 2022; 25(9):15–23.
9. Калинина А.М., Горный Б.Э., Кушунина Д.В., Драпкина О.М. Интегральная оценка потенциала медицинской профилактики сердечно-сосудистых заболеваний по результатам диспансеризации и ее прогностическая значимость. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020; 19(3): 204–208.
10. Должанская Н.А., Андреев С.А., Бузина Т.С., Харькова Н.В. Методические подходы к профилактике
11. вич-инфекции в наркологии. Вопросы наркологии. 1996; 7(4):53–58.
12. Зелионко А.В. Медицинская информированность как ключевая компетенция при формировании здорового образа жизни у городских жителей. Международный научно-исследовательский журнал. 2014; 21(2–3): 71–73.
13. Драпкина О.М., Салагай О.О. (ред) Укрепление общественного здоровья и медицинская профилактика. Руководство для Центров общественного здоровья и медицинской профилактики. М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2021.
14. Карпов В.Н., Ходакова О.В., Лучкина В.В., Шильникова Н.Ф. Качество медицинской помощи по данным опросов пациентов. Качество медицинской помощи. 2002; (3): 86–89.
15. Салагай О.О., Сошкина К.В. Концепция личной ответственности за сохранение здоровья: правовой аспект. Журнал российского права. 2020; (8):94–104.
16. Оганов Р.Г., Шестопалов Н.В. (ред.) Профилактические программы. Руководство по планированию, реализации и оценке. М., 2000.
17. Холмогорова Г.Т., Бузина Т.С., Бузин В.Н. Исследование восприятия видеоклипов по тематике антиинициативной пропаганды. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2001; 4(6):25–28.
18. Должанская Н.А., Бузина Т.С. Вич-инфекция в наркологической практике. Москва, 2000.
19. Бузин В.Н., Бузина Т.С. Медиапланирование для практиков. Москва. 2008.
20. Мясичев В.Н. Личность и неврозы. Л., 1960.
21. Березовская Р.А., Никифоров Г.С. Отношение к здоровью // Психология здоровья. СПб., 2003.
22. Березовская Р.А. Исследования отношения к здоровью: современное состояние проблемы в отечественной психологии. Вестник С.-Петербургского университета. Сер. 12: Социология. 2011; (1):221–227.
23. Лоранский Д.М., Бастыргин С.В., Водогреева Л.В., Науменко Н.М., Медведь Л.М. Некоторые особенности проявления отношения личности к здоровью в условиях города // Социальногигиенические аспекты научно-технического прогресса. М., 1980. С. 229–235.
24. Левченко Е.В. История и теория психологии отношений. СПб., 2003.

REFERENCE

1. WHO. Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Accessed: 12/19/2023).
2. WHO Global Meeting to Accelerate the Implementation of SDG target 3.4 on Noncommunicable diseases and Mental health. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/events/detail/2019/12/09/default-calendar/ncds2019> (Accessed: 12/19/2024).
3. Drapkina O.M. et al. Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National Leadership 2022. Cardiovascular therapy and prevention. 2022; 21(4): 3235. doi: 10.15829/1728-8800-2022-3235. EDN DNBVAT.
4. Buzin V.N. Dehumanization of the media space: problems and solutions. Moscow, 2021.
5. Buzin V.N., Kholmogorova G. T. Healthy lifestyle education and mass media. Soviet healthcare. 1991; (12):41–45.
6. Salagai O.O. Strategic aspects of the European Union's policy in the field of public health protection. Healthcare of the Russian Federation. 2012; 57 (4): 3–7.
7. Kontsevaya A.V., Mukaneeva D.K., Myrzamatova A.O., Balanova Yu.A., Khudyakov M.B., Drapkina O.M. Economic damage of risk factors due to their contribution to morbidity and mortality from major chronic non-communicable diseases in the Russian Federation in 2016. Cardiovascular therapy and prevention. 2020; 19(1): 48–55.
8. Salagai O.O., Antonov N.S., Sakharova G.M. Analysis of the structure and dynamics of tobacco and nicotine-containing products consumption in the Russian Federation in 2019–2022. Preventive medicine. 2022; 25(9):15–23.
9. Kalinina A.M., Gorniy B.E., Kushunina D.V., Drapkina O.M. Integral assessment of the potential of medical prevention of cardiovascular diseases based on the results of medical examination and its prognostic significance. Cardiovascular therapy and prevention. 2020; 19 (3): 204–208.
10. Dolzhanskaya N.A., Andreev S.A., Buzina T.S., Kharkova N.V. Methodological approaches to the prevention of HIV infection in narcology. Issues of narcology. 1996; 7(4):53–58.
11. Zelionko A. V. Medical awareness as a key competence in the formation of a healthy lifestyle among urban residents. International Scientific Research Journal. 2014; 21(2–3): 71–73.
12. Drapkina O.M., Salagai O.O. (ed.) Strengthening public health and medical prevention. Guidelines for Public Health and Medical Prevention Centers. Moscow: Federal State Budgetary Institution «NMIC TPM» of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2021.
13. Karpov V.N., Khodakova O.V., Luchkina V.V., Shilnikova N.F. Quality of medical care according to patient surveys. The quality of medical care. 2002; 2002; (3):86–89.
14. Salagai O.O., Soshkina K.V. The concept of personal responsibility for the preservation of health: a legal aspect. Journal of Russian Law. 2020; (8):94–104.
15. Oganov R.G., Shestopalov N.V. (ed.) Preventive programs. Guidelines for planning, implementation and evaluation. Moscow, 2000.
16. Kholmogorova G.T., Buzina T.S., Buzin V.N. A study of the perception of video clips on the subject of anti-nicotine propaganda. Disease prevention and health promotion. 2001; 4(6):25–28.
17. Dolzhanskaya N.A., Buzina T.S. HIV infection in drug treatment practice. Moscow, 2000.
18. Buzin V.N., Buzina T.S. Media planning for practitioners. Moscow. 2008.
19. Myasishchev V.N. Personality and neuroses. L., 1960.
20. Berezovskaya R.A., Nikiforov G.S. Attitude to health // Psychology of health. St. Petersburg, 2003.
21. Berezovskaya R.A. Research on attitudes to health: the current state of the problem in Russian psychology. Bulletin of St. Petersburg University. Ser. 12: Sociology. 2011; (1):221–227.
22. Lorransky D.M., Bastyrin S.V., Vodogreva L.V., Naumenko N.M., Medved L.M. Some features of the manifestation of personality's attitude to health in urban conditions // Sociohygienic aspects of scientific and technological progress. M., 1980. pp. 229–235.
23. Levchenko E.V. History and theory of psychology of relations. St. Petersburg, 2003.

ES

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DEL CAMPO INFORMATIVO DE PERCEPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO INFECCIOSAS

V.N. Buzin

Anotación

Al estudiar la actitud de la población hacia la preservación de su propia salud, la cuestión de la conexión entre el conocimiento abstracto sobre el daño causado a la salud por los factores de riesgo y la comprensión real del daño causado por estos factores a la propia salud sigue siendo poco estudiada.

Objetivo de este trabajo: analizar la estructura del campo de información de la actitud de la población ante el impacto de los factores de riesgo en la salud.

Materiales y métodos. El material para el análisis fueron los resultados de una encuesta sociológica en tres regiones piloto de la Federación de Rusia: la región de Tula, el territorio de Stavropol y la República de Crimea. El cuestionario constaba de 33 preguntas sobre factores de riesgo y su impacto en el cuerpo humano y un bloque de preguntas sobre fuentes de información médica y confianza en ellas. El tamaño de la muestra fue de 1718 encuestados. Se utilizaron los siguientes métodos: estadística descriptiva y el método de encuesta sociológica. El procesamiento de datos estadísticos y la reponderación se realizaron en el paquete de procesamiento de datos estadísticos SPSS22.0. En el conjunto del estudio, el error muestral no supera el 1,99% para un nivel de confianza de $p < 0,1$.

Resultados. El estudio mostró que el conocimiento abstracto sobre los peligros de un factor de riesgo específico para casi todos los factores de riesgo es bastante alto, ya que los esfuerzos de la

FR

ANALYSE DE LA STRUCTURE DU CHAMP INFORMATIONNEL DE PERCEPTION DES FACTEURS DE RISQUE NON INFECTIEUX MALADIES

V.N. Buzin

Annotation

Lorsqu'on étudie l'attitude de la population à l'égard de la préservation de sa propre santé, la question du lien entre la connaissance abstraite des dommages causés à la santé par les facteurs de risque et la compréhension réelle des dommages causés par ces facteurs à sa propre santé reste peu étudiée.

Objectif de ce travail: analyser la structure du champ d'information sur l'attitude de la population face à l'impact des facteurs de risque sur la santé.

Matériels et méthodes. Le matériel d'analyse était les résultats d'une enquête sociologique dans trois régions pilotes de la Fédération de Russie – la région de Toulou, le territoire de Stavropol et la République de Crimée. Le questionnaire comprenait 33 questions concernant les facteurs de risque et leur impact sur le corps humain et un bloc de questions concernant les sources d'informations médicales et la confiance qu'on leur accorde. La taille de l'échantillon était de 1718 répondants. Les méthodes suivantes ont été utilisées: les statistiques descriptives et la méthode de l'enquête sociologique. Le traitement des données statistiques et la repondération ont été effectués dans le progiciel de traitement des données statistiques SPSS22.0. Dans l'ensemble de l'étude, l'erreur d'échantillonnage ne dépasse pas 1,99% pour un niveau de confiance de $p < 0,1$.

Résultats. L'étude a montré que les connaissances abstraites sur les dangers d'un facteur de risque spécifique pour presque tous les facteurs

comunidad médica se han dirigido a ellos en las últimas décadas. Además, se espera que los valores más altos tengan factores de riesgo como el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, niveles altos de azúcar (glucosa) en sangre y presión arterial alta. Se esperaba que el nivel de conocimiento sobre el daño de los factores de riesgo, a cuya explicación la comunidad médica prestaba menos atención, fuera menor. El valor más bajo lo tiene un factor de riesgo como el bajo contenido de yodo en la sal que se consume como alimento. Una evaluación de la relación entre variables como el conocimiento abstracto del daño sobre los factores de riesgo y la comprensión de su daño al cuerpo mediante una prueba T bilateral mostró que estas variables son completamente independientes entre sí en el nivel de significancia de $p < 0,001$. Este resultado nos obligó a observar más de cerca la estructura factorial del campo de la realidad en estudio y plantear el supuesto de la independencia del conocimiento sobre el daño causado al cuerpo humano por los factores de riesgo y los patrones de comportamiento en relación a dichos factores. Como resultado del análisis factorial de 73 variables, se identificaron 9 factores: el primero y más importante (10,33%) es el conocimiento de la influencia de los factores de riesgo en la propia salud; el segundo factor más importante (8,71%) es el conocimiento sobre los peligros de los factores de riesgo; el tercer factor seleccionado (5,46%) es la confianza en las fuentes de información, que incluye tanto la confianza en los medios de comunicación, la confianza en los presentadores de televisión, las personalidades populares y la confianza en los líderes regionales y municipales; el cuarto factor identificado (4,67%) son las características de género del control de los RF por parte de la población; el quinto factor identificado (4,59%) – fuentes de obtención de información sobre la Federación de Rusia; el sexto factor seleccionado (4,30%) son las características del control de la RF relacionadas con la edad; el séptimo factor identificado (3,32%) es el uso de gadgets para controlar la RF y practicar deportes; el octavo factor seleccionado (3,00%) es la confianza en los trabajadores de la salud como fuente de información; El noveno factor identificado (2,59%) es el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Conclusión. La evaluación de los encuestados sobre el impacto de los factores de riesgo en su propia salud en el estudio resultó ser significativamente menor que el conocimiento abstracto sobre los efectos nocivos de estos factores de riesgo. El análisis de la estructura factorial del campo en estudio confirmó la legitimidad de esta división del conocimiento basada en ideas sobre sus diversas formas: «conocimiento en sí mismo» y «conocimiento por sí mismo». El análisis permitió formular una serie de condiciones para aumentar la eficacia del trabajo preventivo con la población, incluso para aumentar el impacto de la prevención poblacional: es necesario involucrar más activamente a las fuentes más importantes para la población: los trabajadores médicos, trabajadores médicos científicos y administradores de atención médica; tener más en cuenta las características de género y edad de las audiencias en las medidas preventivas; el uso de los medios debe ir precedido de un análisis del nivel de confianza en ellos por parte del público objetivo; Primero se debe comprobar que los propios mensajes informativos sean fáciles de recordar. Las medidas preventivas deben cambiar los significados personales de personas específicas en relación con la HP y el estilo de vida saludable, y no limitarse a expresar conocimientos generales sobre ellos. El estudio también nos permite determinar las direcciones para futuras investigaciones sobre la actitud de la población hacia la RF y su propia salud como una tarea interdisciplinaria con la necesaria participación de especialistas en psicología médica y general, psicología de la personalidad y psicología de la motivación, así como sociólogos.

Palabras clave: factores de riesgo, investigación sociológica, actitud hacia la salud, actitud hacia los factores de riesgo, análisis factorial.

de risque sont assez élevées, puisque les efforts de la communauté médicale se sont concentrés sur eux au cours des dernières décennies. De plus, les valeurs les plus élevées devraient avoir des facteurs de risque tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, l'hyperglycémie (glucose) et l'hypertension artérielle. On s'attendait à ce que le niveau de connaissance des méfaits des facteurs de risque, dont la communauté médicale accordait moins d'attention à l'explication, soit inférieur. La valeur la plus basse présente un facteur de risque tel que la faible teneur en iode du sel consommé comme aliment. Une évaluation de la relation entre des variables telles que la connaissance abstraite des dommages causés par les facteurs de risque et la compréhension de leurs dommages corporels à l'aide d'un test T bilatéral a montré que ces variables sont complètement indépendantes les unes des autres au niveau de signification de $p < 0,001$. Ce résultat nous a obligé à examiner de plus près la structure factorielle du champ de réalité étudié et à avancer l'hypothèse de l'indépendance de la connaissance sur les dommages causés au corps humain par les facteurs de risque et les comportements par rapport aux facteurs de risque. À la suite de l'analyse factorielle de 73 variables, 9 facteurs ont été identifiés: le premier et le plus puissant (10,33%) est la connaissance de l'influence des facteurs de risque sur sa propre santé; le deuxième facteur le plus puissant (8,71%) est la connaissance des dangers des facteurs de risque; le troisième facteur sélectionné (5,46%) est la confiance dans les sources d'information, qui comprend à la fois la confiance dans les médias, la confiance dans les présentateurs de télévision, les personnalités populaires et la confiance dans les dirigeants régionaux et municipaux; le quatrième facteur identifié (4,67%) concerne les caractéristiques de genre du contrôle de l'AR par la population; le cinquième facteur identifié (4,59%) – les sources d'obtention d'informations sur la RF; le sixième facteur sélectionné (4,30%) concerne les caractéristiques du contrôle RF liées à l'âge; le septième facteur identifié (3,32%) est l'utilisation de gadgets pour contrôler les RF et faire du sport; le huitième facteur sélectionné (3,00%) est la confiance dans les agents de santé en tant que source d'information; Le neuvième facteur identifié (2,59%) est le tabagisme et la consommation d'alcool.

Conclusion. L'évaluation des personnes interrogées dans l'étude sur l'impact des facteurs de risque sur leur propre santé s'est avérée nettement inférieure aux connaissances abstraites sur les effets nocifs de ces facteurs de risque. L'analyse de la structure factorielle du domaine étudié a confirmé la légitimité de cette division du savoir fondée sur la conception de ses différentes formes: «le savoir en soi» et le «savoir pour soi». L'analyse a permis de formuler un certain nombre de conditions pour accroître l'efficacité du travail de prévention auprès de la population, notamment pour accroître l'impact de la prévention auprès de la population: il est nécessaire d'impliquer plus activement les sources les plus significatives pour la population – le personnel médical, travailleurs médicaux scientifiques et gestionnaires de soins de santé; prendre davantage en compte les caractéristiques de genre et d'âge des publics dans les mesures préventives; l'utilisation des médias doit être précédée d'une analyse du niveau de confiance que les publics cibles leur accordent; Les messages d'information eux-mêmes doivent d'abord être vérifiés pour leur mémorisation. Les mesures préventives devraient modifier les perceptions personnelles de certaines personnes par rapport à l'HTP et à un mode de vie sain, et ne devraient pas se limiter à énoncer des connaissances générales à leur sujet. L'étude nous permet également de déterminer les orientations pour des recherches plus approfondies sur l'attitude de la population à l'égard de la RF et de sa propre santé en tant que tâche interdisciplinaire avec la participation nécessaire de spécialistes en psychologie médicale et générale, en psychologie de la personnalité et en psychologie de la motivation, ainsi que des sociologues.

Mots clés: facteurs de risque, recherche sociologique, attitude envers la santé, attitude envers les facteurs de risque, analyse factorielle.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTORS

Бужин Валерий Николаевич – доктор социологических наук, главный научный сотрудник ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Valery N. Buzin – the doctor of sciences in sociology of Federal State Budgetary Institution Central Research Institute of the Organization and Informatization of Health Care of the Russian Ministry of Health, Moscow, Russia. ORCID: 0000-0001-6833-7214.

ПРОБЛЕМА ОПЛАТЫ КРАТКОСРОЧНОГО СЛУЧАЯ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: АНАЛИЗ И ИМИТАЦИОННОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ

В.М. ТЕПЛОВ¹, В.В. СТОЖАРОВ¹, Е.А. ЦЕБРОВСКАЯ¹, А.А. КОРШУНОВА¹, В.В. БУРЫКИНА¹, К.Р. ЕНИКЕЕВА², С.Ф. БАГНЕНКО¹

¹ ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия;

² Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия.

УДК 614.251.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-52-60

Аннотация

Цель исследования: проведение организационного эксперимента и клинико-экономического анализа эффективности стационара при лечении пациентов терапевтического профиля в зависимости от наличия в структуре медицинской организации стационарного отделения скорой медицинской помощи. **Материалы и методы.** При помощи ретроспективного анализа 474 случаев оказания медицинской помощи при ухудшении течения гипертонической болезни в течение года изучены сроки пребывания пациентов в стационаре, суммы выставленных счетов в зависимости от срока пребывания и соответствие проведенного объема обследования требованиям критериям качества оказания медицинской помощи. В последующем с помощью имитационного моделирования выполнен сравнительный анализ перераспределения потоков пациентов с целью выявления оптимальных экономических и логистических решений. **Результаты.** При сравнении сроков пребывания пациентов выявлено, что в 63,9% случаев выписка происходила с ког динамического наблюдения в течение первых суток. Анализ соблюдения критериев качества оказания медицинской помощи показал, что в стационарном отделении скорой медицинской помощи за минимальный промежуток времени выполняется практически весь требуемый объем диагностики и лечения. При наличии в структуре стационара стационарного отделения скорой медицинской помощи модель работы становится существенно более интенсивной, но недофинансированной. **Заключение.** Возможности стационарных отделений скорой медицинской помощи обеспечивают краткосрочное лечение пациентов с соблюдением критериев качества оказания специализированной помощи, при этом сохраняется большая пропускная способность в сравнении с терапевтическим отделением. Исходя из полученных результатов, оплата случаев не должна сопровождаться применением признака прерванности случая.

Ключевые слова: стационарное отделение скорой медицинской помощи, имитационное моделирование, организация здравоохранения, клинико-статистические группы, критерии качества, краткосрочная госпитализация, гипертоническая болезнь, койки терапевтического профиля, койки динамического наблюдения, койки краткосрочного пребывания.

Для цитирования: Теплов В.М., Стожаров В.В., Цебровская Е.А., Коршунова А.А., Бурькина В.В., Еникеева К.Р., Багненко С.Ф. Проблема оплаты краткосрочного случая лечения в стационарном отделении скорой медицинской помощи: анализ и имитационное моделирование. Общественное здоровье. 2024, 2(4):52–60, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-52-60

Контактная информация: Теплов Вадим Михайлович, e-mail: vadteplov@mail.ru

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 19.03.2024. **Статья принята к печати:** 29.03.2024. **Дата публикации:** 225.06.2024.

UDC 614.251.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-52-60

THE PROBLEM OF PAYMENT FOR SHORT-TERM TREATMENT IN AN INPATIENT EMERGENCY DEPARTMENT: ANALYSIS AND SIMULATION MODELING

V.M. Teplov¹, V.V. Stozharov¹, E.A. Tsebrovskaya¹, A.A. Korshunova¹, V.V. Burykina¹, K.R. Enikeeva², S.F. Bagnenko¹

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University" of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, St. Petersburg, Russia;

² Institute of Clinical Medicine named after. N.V. Sklifosovsky of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia.

Abstract

The purpose of the study: to conduct a clinical and economic analysis of the treatment effectiveness of the patients with a therapeutic profile, depending on the presence of an inpatient emergency department in the structure of the medical organization. **Materials and methods.** With the help of a retrospective analysis of 474 cases of hypertension worsening during

the year, patients length of stay in the hospital, the amount of bills issued depending on the length of stay and the compliance of the conducted volume of examination with the requirements of the criteria for the quality of medical care were studied. Subsequently, using simulation modeling, a comparative analysis of the redistribution of patient flows was performed in order to identify optimal economic and logistical solutions. *Results.* When comparing the length of stay of patients, it was revealed that in 63.9% of cases, discharge occurred from dynamic observation beds during the first day. The analysis of compliance with the criteria for the quality of medical care showed that in the inpatient emergency department, almost the entire required amount of diagnosis and treatment is performed in a minimum period of time. If there is an inpatient emergency department in the hospital structure, the work model becomes significantly more intensive, but underfunded. *Conclusion.* The capabilities of inpatient emergency departments ensure short-term treatment of patients in compliance with the quality criteria of specialized care, while maintaining a large throughput compared to the therapeutic department. Based on the results obtained, the payment of cases should not be accompanied by the use of a sign of interruption of the case.

Keywords: inpatient emergency department, simulation modeling, healthcare organization, clinical and statistical groups, quality criteria, short-term hospitalization, hypertension, therapeutic profile beds, dynamic observation beds, short-term stay beds.

For citation: Teplov V.M., Stozharov V.V., Tsebrovskaya E.A., Korshunova A.A., Burykina V.V., Enikeeva K.R., Bagnenko S.F. The problem of payment for short-term treatment in an inpatient emergency department: analysis and simulation modeling. Public health. 2024; 2(4):52–60, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-52-60

For correspondence: Teplov Vadim Mikhailovich, e-mail: e-mail: vadteplov@mail.ru

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время у руководителя медицинской организации, оказывающей скорую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, существует дилемма между увеличением числа пролеченных больных с обеспечением эффективного койкооборота или удлинением срока госпитализации с целью получения максимальной оплаты за случай оказания медицинской помощи (ОМП) [1]. Особенно ярко это проявляется в стационаре, имеющем в своей структуре стационарное отделение скорой медицинской помощи (СтОСМП). Данные структурные подразделения функционируют согласно действующему Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» [2, 3, 4].

Сосредоточение на одной площадке всех необходимых технологий, работа такого унифицированного специалиста, как врач скорой медицинской помощи стационара, – все это приводит к тому, что оказание специализированной медицинской помощи пациенту с экстренной и неотложной патологией в условиях такого отделения позволяет обеспечить выполнение большого объема лечебно-диагностических мероприятий в первые часы и минуты в условиях палаты динамического наблюдения [1, 3]. При этом купирование острого состояния, например, гипертонического криза, в течение

первых суток, приводит либо к выписке пациента с дальнейшей оплатой данного случая ОМП как прерванного, то есть со снижением суммы оплаты в зависимости от количества проведенных в стационаре койко-дней, несмотря на весь выполненный объем инструментальных, лабораторных исследований и проведенного лечения, соответствующий действующим клиническим рекомендациям, стандартам ОМП и критериям качества ОМП, либо к более длительной госпитализации такого больного на койку терапевтического профиля для полной компенсации понесенных затрат [1, 6].

В настоящее время существует общемировой тренд оплаты законченных случаев ОМП в соответствии с клинико-статистическими группами (КСГ) [7, 8]. Зарубежным аналогом является группировка законченных случаев по системе классификации заболеваний *Diagnosis related groups*, которая уже оправдала себя в различных штатах США и Канаде [9, 10].

В то же время на сегодняшний день не существует специальных тарифов или коэффициентов, разработанных для полноценной оплаты случаев ОМП в рамках СтОСМП, несмотря на то, что такая необходимость существует, что было убедительно доказано в Санкт-Петербурге и Москве, где для этой цели были разработаны специальные тарифы, показавшие свою эффективность [11]. Таким образом, на большей части территории нашей страны, все бесспорные преимущества, которые имеет СтОСМП, нивелируются отсутствием эффективного механизма тарифификации таких случаев ОМП.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: провести моделирование и сравнительный анализ экономической эффективности стационара при лечении пациентов терапевтического профиля в зависимости от наличия в структуре медицинской организации стационарного отделения скорой медицинской помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для реализации поставленной цели был проведен ретроспективный анализ 474 случаев ОМП пациентам с ухудшением течения гипертонической болезни (ГБ) или гипертоническим кризом (ГК) (рис. 1), поступивших в клинику Университета с сентября 2019 г. по март 2020 г. Во всех случаях пациенты были госпитализированы в экстренном и неотложном порядке в университетскую клинику ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, в структуре которой вместо приемного отделения функционирует СтОСМП. По результатам обследования и стабилизации состояния часть пациентов была выписана на амбулаторное лечение, другая же продолжила лечение либо на койках краткосрочного пребывания СтОСМП, либо на отделении терапевтического профиля.

Единицами наблюдения были сроки пребывания пациентов, суммы выставленных счетов в зависимости от срока пребывания, соответствие проведенного объема обследования требованиям критериев качества. При расчетах использовались КСГ, установленные Постановлением Правительства РФ от 29.12.2022 г. № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» (ПГГ) и используемые в соответствии с методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утвержденными Минздравом России № 31-2/И/2-1075, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-06/749 26.01.2023 г.

В последующем с помощью имитационного моделирования посредством программы FlexSim HealthCare осуществлялось перераспределение потока пациентов с поиском оптимальных экономических и логистических решений. На основе моделирования был проведен анализ клинико-экономических затрат на оказание медицинской помощи пациентам терапевтического профиля, поступающих в экстренном

и неотложном порядке, которым в последующем была оказана медицинская помощь на койках динамического наблюдения или краткосрочного пребывания в рамках СтОСМП, либо на койках терапевтического профиля. Статистический анализ осуществлялся с помощью критерия χ -квадрат Пирсона.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ретроспективный анализ данных из медицинской информационной системы qMS по 474 исследуемым случаям оказания медицинской помощи пациентам с ухудшением течения ГБ или ГК показал, что 249 пациентов были выписаны после купирования острого состояния из СтОСМП, причем 63,9% – в течение первых суток с коек динамического наблюдения. 40 пациентов были выписаны в течение первых 2-х суток от момента госпитализации, 47 пациентов в течение 3-х суток, 3 пациента были выписаны в течение 4-х дней от момента поступления. Оставшимся 225 была оказана медицинская помощь до момента выписки из стационара в терапевтическом отделении, причем у 211 из них длительность госпитализации составила 6 и более дней. В соответствии с ПГГ и методическими рекомендациями данные случаи ОМП были тарифицированы как КСГ st27.005 «Гипертоническая болезнь в стадии обострения» (22 510,31 руб.). В случае длительности госпитализации менее 6 дней применялись следующие признаки прерванности случая (несмотря на то, что медицинская помощь во всех 474 случаях ОМП была оказана в полном объеме): длительность госпитализации 1–2 дня – 0,3 (6 753,09 руб.); 3–5 дней – 0,5 (16 078,79 руб.).

Анализ счетов, выставленных за оказанную медицинскую помощь при выписке пациентов с коек СтОСМП, показал, что 199 случаев были оплачены с коэффициентом 0,3 и оплатой по тарифу 6753,095 рублей за прерванный случай, а 50 – с коэффициентом 0,5 и оплатой по тарифу 16078,8 рублей за прерванный случай.

Лишь в 14 случаях при выставлении счетов за пациентов, выписанных с терапевтического отделения, применялись понижающие коэффициенты, в остальных случаях оплата шла по полному тарифу (таблица 1).

Для оценки качества проводимого лечения в том или ином подразделении нами применялись критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезнях,

Таблица 1

**Распределение случаев ОМП в зависимости от профиля койки,
тарифицированных по КСГ st.27.005**

Профиль койки	Койко-дни						Количество случаев ОМП
	1	2	3	4	5	6 и более	
Койки динамического наблюдения/краткосрочного пребывания	159	40	47	5	-	-	249
Койки терапевтического профиля	-	7	-	-	7	211	225
Коэффициент прерванности случая	0.3		0.5			1.0	
Стоимость, руб.	6753.095		16078.8			22510.32	

Источник: собственные данные.

характеризующихся повышенным кровяным давлением (коды по международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10): I10-I13; I15), изложенные в Приказе Министерства Здравоохранения Российской Федерации № 203н от 17.05.2017 г. «Об утверждении критериев качества медицинской помощи», к которым относится выполнение: анализа крови общего (клинического) развернутого; анализа крови биохимического общетерапевтического (креатинин, глюкоза, калий, натрий); анализа крови по оценке нарушений липидного обмена; общего анализа мочи; исследования функции нефронов по клиренсу креатинина; осмотра врача-терапевта или врача-кардиолога не позднее 10 минут от момента поступления в стационар (при ГК); консультации врача-офтальмолога; электрокардиографического исследования не позднее 15 минут от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе); суточного мониторирования артериального давления; эхокардиографии; ультразвукового исследования почек и надпочечников; терапии антигипертензивными лекарственными препаратами внутривенно не позднее 15 минут от момента поступления в стационар (при ГК и при отсутствии медицинских противопоказаний); антигипертензивной терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или блокаторами кальциевых каналов и/или бета-адреноблокаторами и/или диуретиками; снижения артериального давления на 25% от исходных значений не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе). В то же время учитывалось достижение целевого уровня артериального давления или снижение артериального давления на от 25% до 30% от исходных значений при

артериальной гипертонии III стадии на момент выписки из стационара.

Анализ соответствия критериям качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезнях, характеризующихся повышенным кровяным давлением (коды по МКБ-10: I10-I13; I15), показал, что у пациентов, которые либо были выписаны на амбулаторное лечение, либо переведены после стабилизации состояния в терапевтическое отделение, в полном объеме были выполнены в СтОСМП 10 из 15 критериев качества оказания медицинской помощи (таблица 2). В то же время более чем у 80% выписанных из СтОСМП больных осуществлялось исследование липидного спектра и общий анализ мочи. В ходе госпитализации не в полном объеме из числа критериев качества выполнялись ультразвуковые исследования и осмотр офтальмологом, причем они в последующем были осуществлены достоверно чаще в терапевтическом отделении ($p < 0,05$). Таким образом, можно с уверенностью отметить, что в СтОСМП в рутинном порядке за минимальный промежуток времени выполняется практически весь требуемый объем диагностики и лечения с незначительными исключениями. Несмотря на это, случаи ОМП в рамках СтОСМП тарифицируются с учетом признака прерванности случая, что значительно снижает общую стоимость тарифа.

С целью оценить экономическую эффективность использования коек СтОСМП в программной среде FlexsimHC была построена имитационная модель стационара, имеющего в своей структуре СтОСМП с палатой динамического наблюдения на 10 коек и палатами краткосрочного пребывания общей вместимостью 20 коек, а также 30-коечное терапевтическое отделение. После оценки адекватности модели, была выполнена серия экспериментов.

Таблица 2

Соблюдение критериев качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезнях, характеризующихся повышенным кровяным давлением (коды по МКБ-0: I10-I13; I15) в зависимости от профиля койки, на которой была оказана медицинская помощь

Критерии	Выполнение критериев на этапе лечения				Общий % выполнения критерия
	СтОСМП		ТО		
	Число, ед.	%	Число, ед	%	%
Клинический анализ крови	474	100	-		100
Биохимический анализ крови	474	100	-		100
Липидограмма	209	44,1	188	39,6	83,7
Общий анализ мочи	211	44,5	223	47	91,5
Расчёт СКФ	474	100	-		100
Осмотр терапевта или кардиолога в течение 10 минут с момента поступления	474	100	-		100
Осмотр офтальмолога *	32	6,7	72	15,1	21,8
ЭКГ (в течение 15 минут с момента поступления)	474	100	-		100
Мониторинг артериального давления	474	100	-		100
ЭХО-КГ	151	31,8	206	43,4	75,2
УЗИ почек *	95	20	182	38,4	58,4
В/в терапия (при ГК)	474	100	-		100
Назначение: – Ингибиторы АПФ – Сартаны – БМКК – БАБ – Диуретики	249	52,5	225	47,5	100
Снижение АД за 2 часа	474	100	-		100
При АГ III ст. АД снижение на 25–35% при выписке от исходного	249	52,5	225	47,5	100

* – различия достоверны

Источник: собственные данные. **Примечание:** ТО – терапевтическое отделение, СКФ – скорость клубочковой фильтрации (по формуле CKD-EPI), ЭКГ – электрокардиография, ЭХО-КГ – эхокардиография, УЗИ – ультразвуковое исследование, в/в – внутривенная, АПФ – ангиотензин-превращающий фермент, БМКК – блокаторы медленных кальциевых каналов, БАБ – бета-адреноблокаторы, АД – артериальное давление.

ЭКСПЕРИМЕНТ 1

Для расчета максимального числа случаев ОМП по КСГ st27.005, которое сможет принять стационар в течение года при наличии в его структуре СтОСМП и терапевтического отделения, нами был сформирован входящий поток исключительно из таких пациентов с сохранением его распределения в соответствии с имеющимися ретроспективными данными (рис. 1).

Согласно полученным данным, в течение года было зарегистрировано 2813 законченных случаев лечения, причем из СтОСМП было выписано более половины пациентов. При этом совокупное использование коек динамического наблюдения и краткосрочного пребывания составило лишь четверть от максимального,

что свидетельствует о сохраняющихся значительных возможностях СтОСМП по лечению других пациентов. Общая сумма выставленных случаев составила 34.641.121,68 руб. Средняя стоимость одного случая ОМП составила 12.314,00±88.00 руб.

ЭКСПЕРИМЕНТ 2

Для того, чтобы определить влияние СтОСМП на деятельность медицинской организации в модели было решено заменить его на отделение терапевтического профиля. В модели вновь был сформирован входящий поток случаев ОМП по КСГ st27.005 с обеспечением максимальной загрузки обоих терапевтических отделений

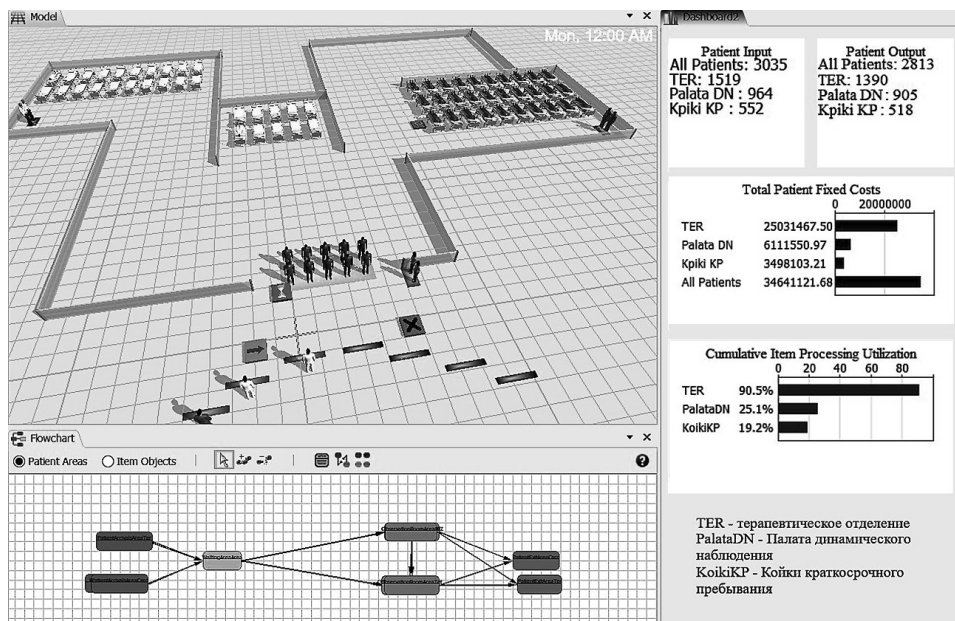


Рис. 1. Имитационная модель работы СтОСМП и терапевтического отделения в течение условного года (Источник: собственные данные)

(рис. 2). В результате, в течение условного года было выписано 2769 больных, при этом совокупное использование коек достигало 95%. При этом обращала на себя внимание значительно большая средняя стоимость выставленного счета за одного пациента ($20.261,00 \pm 43,00$ руб.) и общая сумма счетов ($56.104.713,20$ руб.).

По результатам сравнения этих двух экспериментов можно с уверенностью отметить, что, при лечении в течение года приблизительно одинакового числа пациентов, при наличии в структуре стационара СтОСМП мы имеем дело с существенно более интенсивной, но недофинансированной моделью работы.

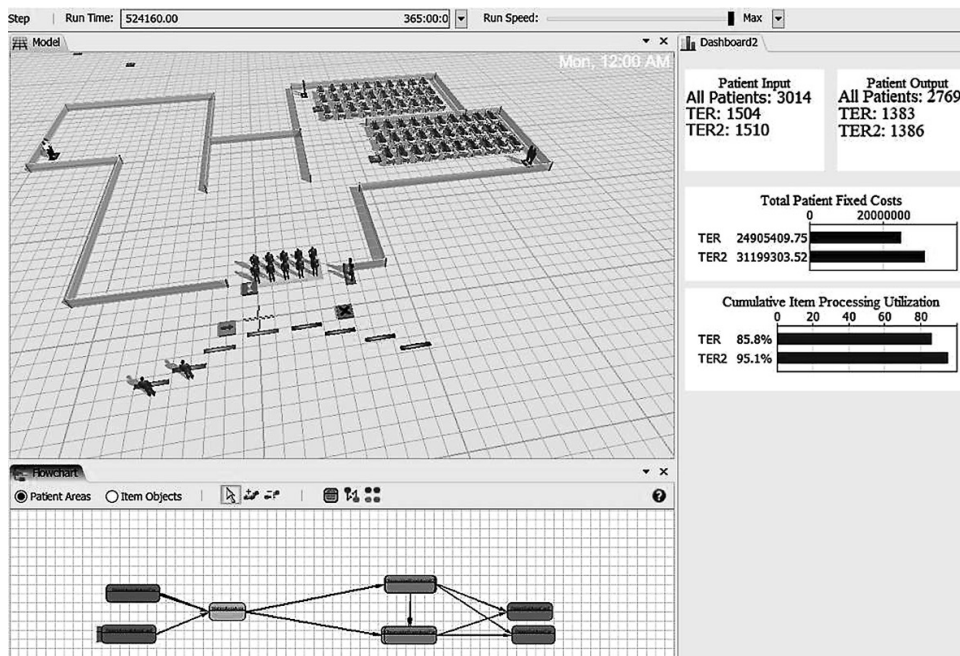


Рис. 2. Имитационная модель работы двух терапевтических отделений в течение условного года (Источник: собственные данные)

Это свидетельствует о необходимости не только замены морально устаревших приемных отделений на современные СтОСМП, но и одновременного пересмотра тарифов ОМП при выписке пациентов с коек динамического наблюдения и/или коек краткосрочного пребывания.

Возможным способом решения данной проблемы могло бы стать внедрение в тарифы на оплату медицинской помощи нового коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП), применяемого в случае выписки пациента в течение первых 3-х дней от момента госпитализации с койки динамического наблюдения или койки краткосрочного пребывания СтОСМП при условии соблюдения критериев качества специализированной медицинской помощи, либо отмена применения признака прерванности случаев.

ВЫВОДЫ

Возможности СтОСМП позволяют обеспечить лечение пациентов с выставлением тарифов на оплату по КСГ st27.005 с соблюдением критериев качества оказания специализированной помощи взрослым при болезнях, характеризующихся повышенным кровяным давлением (коды по МКБ-10: I10-I13; I15), при этом пропускная способность такого отделения существенно выше терапевтического.

В случае наличия в структуре медицинской организации СтОСМП тарификация оплаты случаев ОМП на койках данного отделения при условии соблюдения критериев качества специализированной медицинской помощи не должна сопровождаться применением признака прерванности случая, либо должна быть компенсирована применением специального КСЛП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карайланов М. Г., Русев И. Т., Прокин И. Г. Рациональное использование стационарозамещающих технологий при оказании первичной медико-санитарной помощи. // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2016 № 4(56): 152–157.
2. Махновский А. И., Барсукова И. М., Пенюгина Е. Н., Дубикайтис П. А. (2023) «Проблемы использования коечного фонда стационарных отделений скорой медицинской помощи в медицинских организациях Санкт-Петербурга». Проблемы городского здравоохранения: Сборник научных трудов под редакцией Вишнякова Н. И. Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия.
3. Барсукова И. М., Ким И. В., Пенюгина Е. Н., Тявокина Е. Ю. (2022) «Особенности организации работы стационарного отделения скорой медицинской помощи для пациентов акушерско-гинекологического профиля». Джанелидзе-ские чтения. Сборник научных трудов научно-практической конференции, Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург, Россия.
4. Багненко С. Ф., Мирошниченко А. Г., Алимов Р. Р., Шляфер С. И. Оценка состояния скорой медицинской помощи в разных условиях ее оказания в Российской Федерации // Анестезиология и реаниматология (Медиа Сфера). 2021. 2:124–130.
5. Мешков М. А., Минулин И. Б., Баранова Н. Н. Учет нежелательных событий в организациях, оказывающих скорую медицинскую помощь. Анализ зарубежной медицинской литературы // Менеджмент качества в медицине. 2021. 3: 108–112.
6. Хоминец В. В., Барсукова И. М., Махновский А. И. (2023) «Особенности финансового обеспечения стационарного этапа скорой медицинской помощи в Санкт-Петербурге». Проблемы городского здравоохранения: Сборник научных трудов под редакцией Н. И. Вишнякова. Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург, Россия.
7. Федяев Д. В., Лазарева М. Л., Владимиров С. К. Методология анализа системы оплаты медицинской помощи на региональном уровне в рамках модели клинико-статистических групп // Профилактическая медицина. 2018. 21(6): 5–11.
8. Горин С. Г., 2017. Совершенствование механизмов финансирования высокотехнологичной медицинской помощи с использованием клинико-статистических групп. Автореферат диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук, специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение», Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения, Москва, Россия.
9. What is DRG (Diagnosis Related Group)? Доступен по ссылке: <https://www.verywellhealth.com/drg-101-what-is-a-drg-how-does-it-work-3916755> (Accessed: 18 December 2023).
10. What is DRG (Diagnosis Related Group)? Доступен по ссылке: <https://icd.codes/articles/what-is-drg> (Accessed: 18 December 2023).
11. Обухова О. В., Брутова А. С., Базарова И. Н. Особенности оплаты прерванных случаев лечения в стационарных условиях // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2015. 4(22): 37–42.

REFERENCES

1. Karailanov M. G., Rusev I. T., Prokin I. G. Rational use of inpatient replacement technologies in the provision of primary health care // Bulletin of the Russian Military Medical Academy. 2016 № 4(56). P. 152–157. (In Russ).
2. Makhnovsky A. I., Barsukova I. M., Penyugina E. N., Dubikaitis P. A. (2023) «Problems of using the bed stock of inpatient emergency departments in medical organizations of St. Petersburg». Problems of urban healthcare: Collection of scientific papers edited by Vishnyakov N. I. State Budgetary Institution «St. Petersburg Scientific Research Institute of Emergency Medicine named after I. I. Dzhanelidze», St. Petersburg, Russia. (In Russ).
3. Barsukova I. M., Kim I. V., Penyugina E. N., Tyavokina E. Y. (2022) «Features of the organization of the work of the inpatient emergency department for obstetric and gynecological patients». Janelidze Readings. Collection of scientific papers of the scientific and practical conference, St. Petersburg: State Budgetary Institution «St. Petersburg Scientific Research Institute of Emergency Medicine named after I. I. Janelidze», St. Petersburg, Russia. (In Russ).
4. Bagnenko S. F., Miroshnichenko A. G., Alimov R. R., Shlyaf S. I. Assessment of the state of emergency medical care in different conditions of its provision in the Russian Federation // Anesthesiology and intensive care (Media Sphere). 2021. № 2. P. 124–130. (In Russ).
5. Meshkov M. A., Minulin I. B., Baranova N. N. Accounting for undesirable events in organizations providing emergency medical care. Analysis of foreign medical literature // Quality management in medicine. 2021. № 3. P. 108–112. (In Russ).
6. Khominets V. V., Barsukova I. M., Makhnovsky A. I. Features of financial support for the stationary stage of emergency medical care in St. Petersburg // Problems of urban healthcare: Collection of scientific papers / Edited by N. I. Vishnyakov. Volume Issue 28. – St. Petersburg: State Budgetary Institution «St. Petersburg Scientific Research Institute of Emergency Medicine named after I. I. Janelidze», 2023. P. 185–191. (In Russ).
7. Fedyaev D. V., Lazareva M. L., Vladimirov S. K. Methodology for analyzing the system of payment for medical care at the regional level within the framework of the model of clinical and statistical groups // Preventive medicine. 2018. 21(6). P. 5–11. (In Russ).
8. Gorin S. G., 2017. Improvement of financing mechanisms for high-tech medical care using clinical and statistical groups. Abstract of Ph D. Dissertation, specialty «Public health and healthcare», Central research institute of healthcare organization and informatization, Moscow, Russia. (In Russ).
9. What is DRG (Diagnosis Related Group)? available at: <https://www.verywellhealth.com/drg-101-what-is-a-drg-how-does-it-work-3916755> (Accessed: 18 December 2023).
10. What is DRG (Diagnosis Related Group)? available at: <https://icd.codes/articles/what-is-drg> (Accessed: 18 December 2023).
11. Obukhova O. V., Brutova A. S., Bazarova I. N. Features of payment for interrupted inpatient treatment cases // Medical technologies. Evaluation and selection. 2015. 4(22). P. 37–42. (In Russ).

ES

EL PROBLEMA DEL PAGO DE UN TRATAMIENTO A CORTO PLAZO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO: ANÁLISIS Y MODELOS DE SIMULACIÓN.

V.M. Teplov, V.V. Stozharov, E.A. Tsebrovskaya, A.A. Korshunova, V.V. Burykina, K.R. Enikeeva, S.F. Bagnenko

Anotación

Objetivo del estudio: realizar un experimento organizacional y un análisis clínico y económico de la efectividad de un hospital en el tratamiento de pacientes con perfil terapéutico, dependiendo de la presencia de un departamento de emergencias para pacientes hospitalizados en la estructura de una organización médica.

Materiales y métodos. Utilizando un análisis retrospectivo de 474 casos de atención médica con deterioro de la hipertensión en el transcurso de un año, la duración de la estancia de los pacientes en el hospital, el importe de las facturas emitidas en función de la duración de la estancia y el alcance del cumplimiento con los requisitos de calidad de la atención médica. Posteriormente, mediante modelos de simulación, se realizó un análisis comparativo de la redistribución de los flujos de pacientes para identificar soluciones económicas y logísticas óptimas.

Resultados. Al comparar la duración de la estancia de los pacientes, se reveló que en el 63,9% de los casos el alta se produjo desde las camas de observación dinámica dentro de las primeras 24 horas. Un análisis del cumplimiento de los criterios de calidad de la atención médica mostró que en el servicio de urgencias hospitalario casi todos los diagnósticos y tratamientos requeridos se realizan en un período de tiempo mínimo. Si en la estructura del hospital hay un servicio de urgencias para pacientes hospitalizados, el modelo de trabajo se vuelve mucho más intensivo, pero carece de financiación suficiente.

Conclusión. Las capacidades de los departamentos de emergencias para pacientes hospitalizados brindan tratamiento a corto plazo, a los pacientes de acuerdo con los criterios de calidad de la

FR

LE PROBLÈME DU PAIEMENT D'UN TRAITEMENT DE COURTE DURÉE DANS UN SERVICE D'URGENCE HOSPITALIER: ANALYSE ET MODÉLISATION DE SIMULATION.

V.M. Teplov, V.V. Stozharov, E.A. Tsebrovskaya, A.A. Korshunova, V.V. Burykina, K.R. Enikeeva, S.F. Bagnenko

Annotation

Objectif de l'étude: mener une expérimentation organisationnelle et une analyse clinique et économique de l'efficacité d'un hôpital dans le traitement des patients thérapeutiques, en fonction de la présence d'un service d'urgence hospitalier dans la structure d'une organisation médicale.

Matériels et méthodes. A partir d'une analyse rétrospective de 474 cas de prise en charge médicale avec dégradation de l'hypertension au cours d'une année, de la durée de séjour des patients à l'hôpital, du montant des factures émises en fonction de la durée du séjour et du respect du périmètre de des examens répondant aux exigences des critères de qualité des soins médicaux ont été étudiés. Par la suite, à l'aide de modèles de simulation, une analyse comparative de la redistribution des flux de patients a été réalisée afin d'identifier les solutions économiques et logistiques optimales.

Résultats. En comparant la durée du séjour des patients, il a été révélé que dans 63,9% des cas, la sortie des lits d'observation dynamiques s'est produite dans les premières 24 heures. Une analyse du respect des critères de qualité des soins médicaux a montré qu'aux urgences hospitalières, la quasi-totalité du volume requis de diagnostics et de traitements est réalisée dans un délai minimum. S'il existe un service d'urgence pour patients hospitalisés dans la structure de l'hôpital, le modèle de travail devient nettement plus intensif, mais sous-financé.

Conclusion. Les capacités des services d'urgence hospitaliers assurent un traitement de courte durée des patients dans le respect des critères de qualité des soins spécialisés, tout en maintenant un

atención especializada, manteniendo al mismo tiempo un mayor rendimiento en comparación con el departamento terapéutico. Con base en los resultados obtenidos, el pago de los casos no deberá ir acompañado del uso del signo de interrupción del caso.

Palabras clave: urgencias hospitalarias, modelos de simulación, organización sanitaria, grupos clínicos y estadísticos, criterios de calidad, hospitalización de corta duración, hipertensión, camas terapéuticas, camas de observación dinámica, camas de corta estancia.

débit supérieur à celui du service thérapeutique. Sur la base des résultats obtenus, le paiement des dossiers ne doit pas être accompagné de l'utilisation du signe d'interruption du dossier.

Mots clés: service d'urgences hospitalières, modélisation de simulation, organisation des soins, groupes cliniques et statistiques, critères de qualité, hospitalisation de courte durée, hypertension, lits thérapeutiques, lits d'observation dynamique, lits de court séjour.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Теплов Вадим Михайлович – д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений, руководитель отдела скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия.

Vadim M. Teplov – Grand PhD in Medical science, Associate Professor, Professor of the Department of Emergency Medical Care and Injury Surgery, Head of the Department of Emergency Medicine, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University” of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, St. Petersburg, Russia.
E-mail: vadteplov@mail.ru

Стожаров Вадим Владимирович – д-р мед. наук, профессор, проректор по безопасности и развитию ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия.

Vadim V. Stozharov – Grand PhD in Medical science, Professor, Vice-Rector for Security and Development, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University” of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, St. Petersburg, Russia.
E-mail: emergency-spb@mail.ru.

Цебровская Екатерина Андреевна – канд. мед. наук, ассистент кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений, младший научный сотрудник лаборатории организации здравоохранения научно-исследовательского центра ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия.

Ekaterina A. Tsebrovskaya – PhD in Medical sciences, assistant at the Department of Emergency Medicine and Injury Surgery, Junior Researcher at the Laboratory of Healthcare Organization of the Research Center, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University” of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, St. Petersburg, Russia.
E-mail: tserina@bk.ru

Коршунова Александра Александровна – канд. мед. наук, ассистент кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений, заместитель главного врача клиники по клинико-экспертной работе – врач-терапевт управления клиники ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия.

Alexandra A. Korshunova – PhD in Medical sciences, assistant of the Department of Emergency Medical Care and Injury Surgery, deputy chief physician of the clinic for clinical expert work – therapist of the clinic management, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University” of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, St. Petersburg, Russia.
E-mail: 79213382308@ya.ru

Бурькина Валерия Владимировна – ассистент кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений, врач скорой медицинской помощи стационарного отделения скорой медицинской помощи научно-исследовательского института хирургии и неотложной медицины ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия.

Valeria V. Burykina – assistant at the Department of Emergency Medical Care and Injury Surgery, emergency physician at the inpatient emergency department of the Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University” of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, St. Petersburg, Russia.
E-mail: burylera@yandex.ru

Еникеева Кристина Рафаэлевна – студентка лечебного факультета института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия.

Kristina R. Enikeeva – student of the Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine named after. N.V. Sklifosovsky Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education First Moscow State Medical University named after. THEM. Sechenov Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia.
E-mail: kristinenikeeva@gmail.com

Багненко Сергей Федорович – д-р мед. наук, профессор, ректор ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, академик РАН, г. Санкт-Петербург, Россия.

Sergey F. Bagnenko – Grand PhD in Medical science, Professor, Rector of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education PSPbSMU named after. I.P. Pavlova of the Ministry of Health of Russia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, St. Petersburg, Russia.
E-mail: rector@1spbmgmu.ru

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫХ МЕР И НОВЫХ ПРАКТИК ПО БОРЬБЕ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Д.В. КАПУСТИН^{1,2}, Л.Л. ПОЗДНЯКОВА², Е.И. КРАСНОВА^{1,2},
Н.И. ХОХЛОВА^{1,2}, А.К. ЦОЙ², Н.И. ШУЛЬГИНА², Ю.А. СТАШЕВСКАЯ²

¹ ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Новосибирск, Россия;

² ГБУЗ НСО «Городская инфекционная клиническая больница № 1», г. Новосибирск, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-61-68

Аннотация

Цель исследования: изучить эффективность организационно-правовых мер и новых практик по борьбе с ВИЧ-инфекцией, внедренных в Новосибирской области в 2019–2022 гг.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ НСО «Городская инфекционная клиническая больница № 1», подразделение Центр по профилактике и борьбе со СПИД.

Результаты исследования. Приказом МЗ Новосибирской области № 3429 от 15.10.2019 обеспечено обязательное обследование на ВИЧ-инфекцию всех госпитализированных с неизвестным ВИЧ-статусом в течение года, что значительно увеличило охват обследованием на ВИЧ.

В 2019–2022 гг. внедрена система информирования Центра СПИД обо всех пациентах с ВИЧ-инфекцией, поступающих на стационарное лечение: в Центр СПИД направлено 6938 уведомлений. Из 2717 больных, требовавших мер по повышению уровня приверженности и привлечения к АРТ, после проведенных мероприятий возобновили АРТ 18,9% пациентов; впервые начали прием АРТ – 36,5%.

Приказ ГБУЗ НСО «ГИКБН № 1» № 247 «Об организации семейного сопровождения в отделении «Центр по профилактике и борьбе со СПИД» ГБУЗ НСО «ГИКБН № 1» от 02.08.2021 обеспечивает принцип наблюдения всей семьи у одного врача, что улучшает приверженность детей и родителей к АРТ. За 4 месяца функционирования семейного сопровождения, доля родителей, получающих АРТ и имеющих высокую приверженность, увеличилась с 15,5% до 77,3%. Среди 45 детей, имевших ранее определяемый уровень вирусной нагрузки РНК ВИЧ на фоне АРТ, у 20% (9 абс.) в течение 3-х месяцев регистрируется неопределяемый уровень вирусной нагрузки, а у 13,3% (6 абс.) – в течение 2-х месяцев.

Заключение. Реализованные в 2019–2022 гг. в Новосибирской области организационно-правовые меры и новые практики по борьбе с ВИЧ-инфекцией показали высокую эффективность: охват диспансерным наблюдением пациентов с ВИЧ-инфекцией увеличился с 79,3% до 86,5%, а охват антиретровирусной терапией – с 74,5% до 85,2%.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, государственная стратегия, диспансерное наблюдение, антиретровирусная терапия, семейное наблюдение.

Контактная информация: Капустин Дмитрий Вячеславович, e-mail: dmitrij_kapustin_1991@inbox.ru

Для цитирования: Капустин Д.В., Позднякова Л.Л., Краснова Е.И., Хохлова Н.И., Цой А.К., Шульгина Н.И., Стасhevская Ю.А. Эффективность организационно-правовых мер и новых практик по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Новосибирской области. Общественное здоровье. 2024; 2(4):61–68, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-61-68

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Статья поступила в редакцию: 20.12.2023. Статья принята к печати: 11.03.2024. Дата публикации: 25.06.2024.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-61-68

EFFECTIVENESS OF ORGANIZATIONAL AND LEGAL MEASURES AND NEW PRACTICES TO AGAINST HIV INFECTION IN THE NOVOSIBIRSK REGION

D.V. Kapustin^{1,2}, L.L. Pozdnyakova², E.I. Krasnova^{1,2}, N.I. Khokhlova^{1,2}, A.K. Tsoi², N.I. Shulgina², Yu.A. Stashevskaya²

¹ Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia.

² City Infectious Clinical Hospital No. 1, Novosibirsk, Russia.

Abstract

The purpose of the study: to study the effectiveness of organizational and legal measures and new practices to against HIV infection introduced in the Novosibirsk region in 2019–2022.

Materials and methods. The study was conducted on the basis of the State Medical Institution of the NGO «City Infectious Clinical Hospital No. 1», a division of the Center for the Prevention and Control of AIDS.

Results. By Order of the Ministry of Health of the Novosibirsk Region No. 3429 of 10/15/2019, mandatory HIV screening was provided for all hospitalized with unknown HIV status during the year, which significantly increased the coverage of HIV screening. In 2019–2022, an AIDS Center information system was introduced for all patients with HIV infection admitted to inpatient treatment: 6,938 notifications were sent to the AIDS Center. Of the 2,717 patients who required measures to increase the level of adherence and involvement in ART, 18.9% of patients resumed ART after the measures taken; 36.5% started taking ART for the first time.

The order of the State Medical Institution of the Infectious Clinical Hospital № 247 «On the organization of family support in the department «Center for the Prevention and Control of AIDS» dated 02.08.2021 provides the principle of monitoring the whole family with one doctor, which improves the adherence of children and parents to ART. For 4 months of functioning of family support, the share of parents receiving ART and having a high commitment increased from 15.5% to 77.3%. Among 45 children who had a previously determined level of HIV RNA viral load on the background of ART, 20% (9 abs.) registered an undetectable level of viral load for 3 months, and 13.3% (6 abs.) – for 2 months.

Conclusion. The organizational and legal measures implemented in 2019–2022 in the Novosibirsk region and new practices to combat HIV infection have shown high efficiency: the coverage of dispensary observation of patients with HIV infection increased from 79.3% to 86.5%, and the coverage of antiretroviral therapy – from 74.5% to 85.2%.

Keywords: HIV infection, state strategy, dispensary observation, antiretroviral therapy, family observation.

For citation: Kapustin D.V., Pozdnyakova L.L., Krasnova E.I., Khokhlova N.I., Tsoi A.K., Shulgina N.I., Stashevskaya Yu.A. Effectiveness of organizational and legal measures and new practices to against HIV infection in the Novosibirsk region. Public health. 2024; 2(4):61–68, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-61-68

For correspondence: Kapustin Dmitry Vyacheslavovich, e-mail: mitrij_kapustin_1991@inbox.ru

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи

ВВЕДЕНИЕ

Основным документом, определяющим ключевые цели, задачи и основные направления государственной политики Российской Федерации по предупреждению распространения хронического заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, является Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года (утверждена Правительством РФ от 21 декабря 2020 г. № 3468-р). Одним из эффективных методов, существенно снижающих уровень заболеваемости и смертности от причин, связанных с ВИЧ, является расширение охвата больных диспансерным наблюдением и лечением [5, 9]. Данные показатели являются целевыми индикаторами Государственной стратегии [5], а также лежат в основе рекомендаций ВОЗ, направленных на прекращение распространения ВИЧ-инфекции [9]. На 2025 год в РФ запланировано достижение целевого охвата диспансерным наблюдением и АРТ до 90%. На основании вышеизложенного, в основе борьбы с распространением ВИЧ-инфекции и ее последствий лежит раннее выявление заболевания и расширение охвата антиретровирусной терапией.

Новосибирская область входит в число регионов РФ с высокой заболеваемостью и пораженностью населения ВИЧ-инфекцией: показатель заболеваемости в 2022 году составил 47,7

на 100 тыс. населения, пораженности – 1178,5 на 100 тыс. населения [1]. Несмотря на положительную динамику в виде снижения уровня заболеваемости с 2017 г. (показатель заболеваемости 145,2 на 100 тыс. населения в 2017 году и 47,7 на 100 тыс. населения в 2022 году), она все еще превышает среднероссийский показатель – 37,9 на 100 тыс. населения [1]. Для дальнейшей реализации государственной стратегии по борьбе с ВИЧ-инфекцией на территории Новосибирской области требуется внедрение и изучение новых методик и успешных практик по расширению охвата населения скрининговым обследованием на ВИЧ-инфекцию и активному привлечению пациентов к диспансерному наблюдению и антиретровирусной терапии (далее – АРТ).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить эффективность организационно-правовых мер и новых практик по борьбе с ВИЧ-инфекцией, внедренных в Новосибирской области в период 2019–2022 годов.

МАТЕРИАЛЫ МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Городская инфекционная клиническая больница № 1» подразделение Центр по профилактике и борьбе со СПИД (далее – Центр СПИД) в период с 2019 по

2022 гг. с использованием следующих методов: изучение и обобщение опыта, аналитический, статистический методы, метод экспертных оценок. Для анализа использовались следующие статистические отчеты: форма федерального статистического наблюдения № 61 «Сведения о ВИЧ-инфекции»; форма федерального статистического наблюдения № 4 «Сведения о результатах исследования крови на антитела к ВИЧ». С целью изучения эффективности диспансерного наблюдения и внедрённых методов привлечения больных ВИЧ-инфекцией к АРТ проводился анализ динамики уровня охвата диспансерным наблюдением и АРТ с использованием сведений из Федерального регистра лиц, инфицированных ВИЧ – отчет № 105 «О качестве наполнения ФРВИЧ сведениями». Для расчета относительных показателей использовали данные Росстата о численности населения в субъектах и федеральных округах Российской Федерации за 2019–2022 гг.

Статистический анализ данных проводился с помощью программы Statistica-10. Различия частотных характеристик качественных переменных оценивали с помощью критерия χ^2 Пирсона. Различия средних значений количественных показателей оценивали с помощью критерия Манна–Уитни. Значимыми считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Оказание специализированной медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией осуществляется на базе Центра по профилактике и борьбе со СПИД, который является с 2016 года структурным подразделением инфекционной больницы (ГБУЗ НСО «ГИКБ № 1»). Подразделение «Центр профилактики и борьбы со СПИД» включает в себя: поликлинику, отдел профилактики, отделение для освидетельствования на ВИЧ мигрантов, эпидемиологический отдел, аптечный пункт. На базе стационара ГБУЗ НСО «ГИКБ № 1» развернуто 60 специализированных коек для лечения больных ВИЧ-инфекцией.

1. Охват медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию лиц, поступающих на стационарное лечение в медицинские организации Новосибирской области

В основе раннего выявления ВИЧ-инфекции у населения лежит расширение охвата скрининговым обследованием на антитела

к ВИЧ [5, 7]. Одним из индикаторов эффективно проводимого скрининга на ВИЧ-инфекцию является показатель выявляемости, который измеряется отношением числа лиц из групп населения, у которых впервые была выявлена ВИЧ-инфекция, к численности протестированных на антитела к ВИЧ в данной группе населения в это же время на 100 тысяч человек [6]. Наиболее высокий показатель выявляемости регистрируется среди лиц, относящихся к уязвимым группам и среди пациентов, поступающих на стационарное лечение в медицинские организации, в особенности отделения гнойной хирургии и травматологии, а также инфекционные стационары [7, 8].

С целью увеличения охвата населения обследованием на ВИЧ-инфекцию и повышения уровня выявляемости был издан Приказ Министерства здравоохранения Новосибирской области от 15.10.2019 № 3429 «О дополнительных мерах по увеличению охвата населения обследованием на ВИЧ-инфекцию в государственных медицинских организациях Новосибирской области», в рамках которого внедрялось обязательное обследование на ВИЧ-инфекцию всех поступающих на стационарное лечение, если их ВИЧ-статус неизвестен в течение одного года. Динамика количества обследованных лиц в период с 2016 по 2022 гг. представлена на рис. 1. Так, по данным отчетной формы № 4, в период с 2016 по 2018 гг. количество обследованных пациентов стационаров варьировало от 13 289 до 19 922, и средний ежегодный прирост обследованных составлял 13,3%. После утверждения приказа МЗ НСО № 3429 в периоде с 2020 года наблюдается значительное увеличение охвата пациентов данной группы скрининговым обследованием на ВИЧ, так в 2020 году – обследовано 67 922, что на 241% больше, чем в 2018 году – 19 922 обследованных. В 2021 и 2022 гг. объем обследований также увеличивался на 31,2% и 3,3% соответственно по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. В 2019–2022 гг. было выявлено 658 новых случаев лабораторного подтверждения ВИЧ-инфекции.

2. Охват диспансерным наблюдением и антиретровирусной терапией

В Новосибирской области, помимо рутинных методов привлечения больных к диспансерному наблюдению и АРТ, таких как: взаимодействие с другими медицинскими организациями;

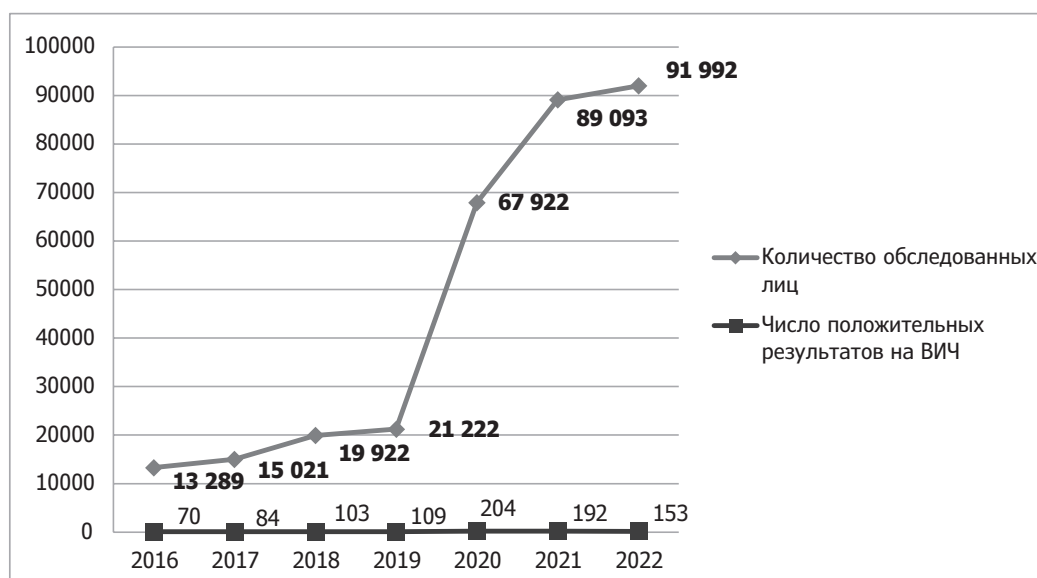


Рис. 1. Динамика количества пациентов стационаров, охваченных обследованием на ВИЧ в Новосибирской области

направление уведомлений по защищенному каналу связи; активный вызов пациентов; поиск информации по пациентам, не посещающим Центр СПИД в медицинской информационной системе; с 2019 года разработана система информирования Центра СПИД по защищенному каналу связи VipNet обо всех пациентах с ВИЧ-инфекцией, поступающих на стационарное лечение в медицинские организации Новосибирской области вне зависимости от профиля основного заболевания (кардиология; хирургия; неврология и др.). Помимо паспортной части (ФИО; дата рождения; адрес фактический; адрес регистрации) в Центр СПИД также направляются данные объективного осмотра и анамнез основного заболевания. Данная система закреплена Приказом Министерства здравоохранения Новосибирской области № 3505 «О совершенствовании мероприятий по увеличению охвата ВИЧ-инфицированных пациентов диспансерным наблюдением и антиретровирусной терапией».

Полученная информация анализируется специалистами Центра СПИД, и проводится актуализация данных. В ответ по защищенному каналу связи VipNet специалисты Центра СПИД направляют лечащему врачу рекомендации по дообследованию и дополнительной тактике ведения пациента с учетом наличия у него ВИЧ-инфекции. При необходимости организуется обследование, консультирование и назначение лечения врачом Центра СПИД.

Таким образом, выстроена система, которая позволяет проводить работу по привлечению к диспансерному наблюдению и АРВТ не только на базе Центра СПИД и инфекционного стационара, но и на базе других учреждений.

За период 2019–2022 годов в рамках приказа № 3505 от медицинских организаций Новосибирской области в Центр СПИД направлено 6 938 уведомлений о факте поступления на стационарное лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией, среди которых 60,8% (4221 из 6938 абс.) уже находились на диспансерном наблюдении и принимали АРТ; 24,7% не состояли на диспансерном учете и не принимали АРТ (1713 из 6938 абс.); 14,5% состояли на диспансерном учете, но прервали лечение на срок более чем 3 мес. (1004 из 6938 абс.). Таким образом, доля пациентов, требующих проведения мероприятий по повышению уровня приверженности и привлечения к АРТ, составила 39,2% (2717 из 6939 абс.).

Из 2717 больных, после проведенных мероприятий по привлечению к диспансерному наблюдению (консультация психолога; активный вызов; равное консультирование), возобновили АРТ 18,9% пациентов (514 из 2717 абс.); впервые начали прием АРТ – 36,5% (991 из 2717 абс.). У 10,2% зарегистрирован повторный отрыв от лечения (278 из 2717 абс.). Не обратились в Центр СПИД после всех проведенных мероприятий – 34,4% больных ВИЧ-инфекцией (934 из 2717 абс.). (рис. 2.).

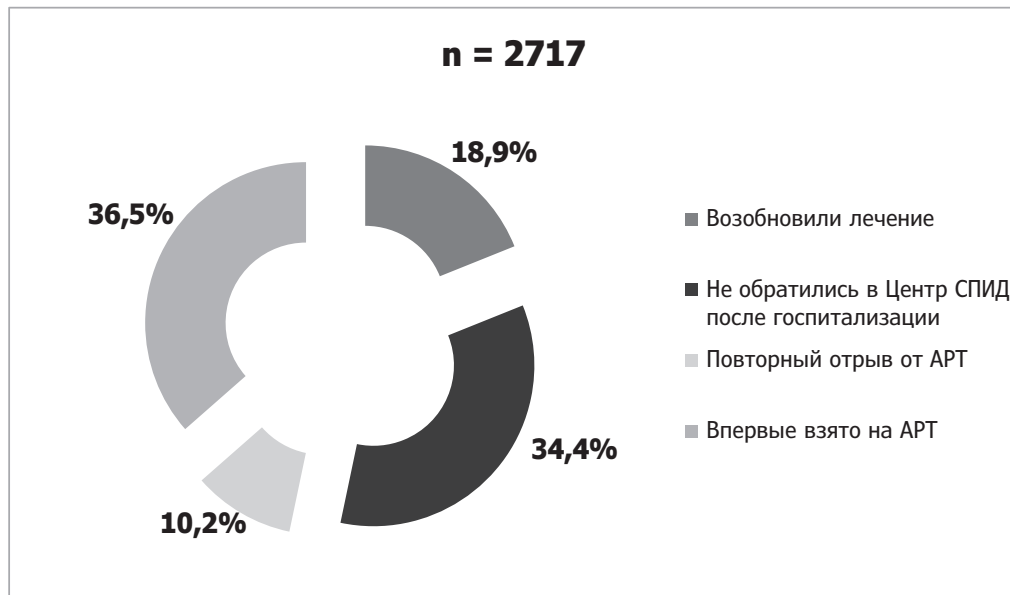


Рис. 2. Результаты мероприятий по привлечению пациентов к диспансерному наблюдению в рамках приказа МЗ НСО № 3505

3. Реализация опыта семейного сопровождения на базе Центра СПИД

Одной из наиболее сложных категорий больных ВИЧ-инфекцией являются дети и подростки. Дети раннего возраста имеют абсолютную зависимость от приверженности к лечению родителей, а подростки в силу возрастных психологических особенностей часто прерывают назначенное лечение [10, 11, 12].

На базе Центра СПИД проведен анализ амбулаторных карт 45 детей с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция», у которых в 2021 г. были зарегистрированы факты нарушения приверженности к АРТ и определяемый уровень вирусной нагрузки. У всех пациентов оценивались социально-демографические факторы и наличие психологических проблем: проживание в неполной семье; нахождение в учреждениях социальной защиты; конфликтные ситуации в семье, а также динамика основных лабораторных показателей (количество СД4-лимфоцитов и вирусная нагрузка РНК ВИЧ) на фоне проводимой АРТ. При анализе социально-демографических факторов установлено, что из числа 45 детей с низкой приверженностью к АРТ 60% (27 из 45 абс.) проживают в неполных семьях; 13,3% находятся под опекой или в приемных семьях (6 из 45 абс.) и только 26,7% детей живут в полных семьях (12 из 45 абс.). Возраст родителей варьировал от 23 до 45 лет и, в среднем, составил

30,5±2,9 лет. Имеют официальное трудоустройство 28,8% родителей; у 24,4% есть регулярные «подработки» или «неофициальная» занятость; собственное ИП (индивидуальное предпринимательство) или самозанятость – у 8,8% родителей, и 38% затруднились назвать свой источник доходов. Анализ приверженности ВИЧ-инфицированных родителей к АРТ показал, что лишь у 15,5% зарегистрирована высокая степень приверженности и неопределяемый уровень вирусной нагрузки РНК ВИЧ более 6 месяцев, у остальных родителей (84,5%) имеются нарушения или отсутствие приема АРТ, в то время как посещение врача-инфекциониста с ребенком проводится регулярно.

Учитывая полученные результаты, а также высокую зависимость детей, особенно младшего возраста, от приверженности родителей к АРТ, с целью улучшения качества оказания медицинской помощи был издан приказ № 247 «Об организации семейного сопровождения в отделении «Центр по профилактике и борьбе со СПИД» ГБУЗ НСО «ГИБН» № 1». Основной принцип – наблюдение всей семьи у одного врача. Такой подход способствует улучшению внутрисемейного микроклимата и существенно улучшает приверженность детей и родителей. Для данной группы пациентов (беременные; дети; родители детей с ВИЧ-инфекцией) имеется отдельный процедурный кабинет и регистратура для сокращения времени ожидания приема

специалистов. Психологическую поддержку пациентов обеспечивает мультидисциплинарная команда в составе врача, психолога, специалиста по социальной работе, невролога, равного консультанта. Имеется индивидуальный график посещения психолога и специалиста по социальной работе как детей, так и родителей. В рамках семейного наблюдения проводится психологическое обследование всех детей (тестирование) с последующим назначением нейровизуализации.

Помимо диспансерного наблюдения и лечения основного заболевания (ВИЧ-инфекция), в соответствии с требованием Клинических рекомендаций «ВИЧ-инфекция у детей», на базе поликлиники Центра СПИД во взаимодействии с медицинскими организациями НСО организована комплексная система профилактики и диагностики соматической неинфекционной патологии и психологических нарушений у детей с ВИЧ-инфекцией. В частности, проводится оценка психического статуса детей разного возраста (тест Векслера); нейровизуализация; осмотр специалистов: ЛОРа, невролога, дерматолога, гастроэнтеролога, детского кардиолога; социальное сопровождение подростков и группы поддержки; повышение мотивации к физической активности и занятиям спортом.

За 4 месяца функционирования семейного сопровождения 17 родителей возобновили регулярный прием АРТ и 9 начали лечение. По сравнению с результатами предыдущего анализа доля родителей, получающих АРТ и имеющих высокую приверженность, увеличилась с 15,5% до 77,3%. Среди 45 детей, имеющих ранее определяемый уровень вирусной нагрузки РНК ВИЧ на фоне АРТ, у 20% (9 абс.) в течение 3-х месяцев регистрируется неопределяемый уровень вирусной нагрузки, а у 6 детей – в течение 2-х месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реализованные в период 2019–2022 г. организационно-правовые меры и внедренные новые практики по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Новосибирской области показали высокую эффективность. Так, после утверждения Приказа Министерства здравоохранения Новосибирской области от 15.10.2019 № 3429 «О дополнительных мерах по увеличению охвата населения обследованием на ВИЧ-инфекцию в государст-

венных медицинских организациях Новосибирской области» охват медицинским обследованием на ВИЧ-инфекцию пациентов, поступающих на стационарное лечение, значительно увеличился (в 2020 году – обследовано 67 922, что на 241% больше, чем в 2018 году – 19 922 обследований). В 2021 и 2022 гг. объем обследований увеличился на 31,2% и 3,3% соответственно, по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. В 2019–2022 гг. было выявлено 658 новых случаев лабораторного подтверждения ВИЧ-инфекции.

Разработанная с 2019 года система информирования Центра СПИД по защищенному каналу связи VipNet обо всех пациентах с ВИЧ-инфекцией, поступающих на стационарное лечение в медицинские организации Новосибирской области (Приказ Министерства здравоохранения Новосибирской области № 3505 «О совершенствовании мероприятий по увеличению охвата ВИЧ-инфицированных пациентов диспансерным наблюдением и антиретровирусной терапией»), позволила за период 2019–2022 гг. привлечь к диспансерному наблюдению и лечению 1505 больных ВИЧ-инфекцией (514 возобновили АРТ и 991 впервые начали прием АРТ).

Внедрение практики семейного наблюдения детей и родителей с ВИЧ-инфекцией на базе ГБУЗ НСО «ГИКБ№ 1» показало высокую эффективность уже на раннем этапе. Доля родителей, имеющих высокую степень приверженности к АРТ, увеличилась с 15,5% до 77,3% за 4 месяца семейного наблюдения. У 15 из 45 детей удалось достичь вирусологической эффективности АРТ и существенно повысить степень приверженности. Ранние результаты внедрения практики семейного наблюдения показывают, что для организации работы по повышению приверженности детей к АРТ важную роль играет психологическая поддержка и повышение приверженности к АРТ у родителей.

Вышеуказанные нормативно-правовые меры и внедренные практики способствуют достижению основных целевых индикаторов Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. Так, в Новосибирской области охват диспансерным наблюдением пациентов с ВИЧ-инфекцией в 2022 году составил 86,5% по сравнению с 79,3% в 2019 г., а охват антиретровирусной терапией за этот период повысился с 74,5% до 85,2%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Форма федерального статистического наблюдения № 61 «Сведения о ВИЧ-инфекции» за 2022 год.
2. Информационный бюллетень ЮНЭЙДС. – 2022. – 34 с.
3. Bowen L.N., Smith B., Reich D., et al. HIV-associated opportunistic CNS infections: pathophysiology, diagnosis and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2016 Oct 27; 12(11):662–674.
4. Thakur K.T. CNS infections in HIV. *Curr Opin Infect Dis*. 2020 Jun; 33(3):267–272.
5. Распоряжение Правительства РФ от 21 декабря 2020 г. № 3468-р «О Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2030 г.».
6. Методические рекомендации «Формирование системы оценочных данных распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (2019).
7. Chen Y.H., Fang C.T., Shih M.C., Lin K.Y., Chang S.S., Wu Z.T., Lee Y.Y., Chen C.H. Routine HIV Testing and Outcomes: A Population-Based Cohort Study in Taiwan. *Am J Prev Med*. 2022 Feb;62(2):234–242.
8. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство – 2-е изд., перераб. и доп. / В.В. Покровский [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 696 с.
9. Информационный бюллетень ВОЗ: ВИЧ и СПИД [Internet]. 2023. Available from www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids
10. Клинические рекомендации: ВИЧ-инфекция у детей утв. МЗ РФ (2020).
11. PENTA Guidelines [Internet]. 2023 Available from www.penta-id.org/hiv/treatment-guidelines
12. Yang E., Mphole S., Moshashane N., et al. Distinctive barriers to antiretroviral therapy adherence among non-adherent adolescents living with HIV in Botswana. *AIDS Care*. 2018 Feb;30(2):224–231.

REFERENCES

1. Federal Statistical Form № 61 "Information about HIV infection" (2022) (In Russ.).
2. Global HIV & AIDS statistics – Fact sheet. – 2022. – 34c
3. Bowen L.N., Smith B., Reich D., et al. HIV-associated opportunistic CNS infections: pathophysiology, diagnosis and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2016 Oct 27; 12(11): 662–674.
4. Thakur K.T. CNS infections in HIV. *Curr Opin Infect Dis*. 2020 Jun; 33(3):267–272.
5. Decree of the Government of the Russian Federation dated December 21, 2020 No. 3468-r "On the State Strategy for countering the spread of HIV infection in the Russian Federation for the period up to 2030" (In Russ.).
6. Methodological recommendations «Formation of a system of estimated data on the spread of HIV infection in the Russian Federation" Federal State Budgetary Institution "Central Research Institute of Organization and Informatization of Healthcare" of the Ministry of Health of the Russian Federation (2019) (In Russ.).
7. Chen Y.H., Fang C.T., Shih M.C., Lin K.Y., Chang S.S., Wu Z.T., Lee Y.Y., Chen C.H. Routine HIV Testing and Outcomes: A Population-Based Cohort Study in Taiwan. *Am J Prev Med*. 2022 Feb;62(2):234–242.
8. HIV infection: National Guidelines]. 2nd ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2020. – 696 p. (In Russ.)
9. WHO: HIV and AIDS [Internet]. 2023. Available from www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids
10. Clinical guidelines – HIV infection in adults. 2020. (In Russ.). Available from <http://rushiv.ru/wp-content/uploads/2022/11/KR79.pdf>.
11. PENTA Guidelines [Internet]. 2023 Available from www.penta-id.org/hiv/treatment-guidelines.
12. Yang E., Mphole S., Moshashane N., et al. Distinctive barriers to antiretroviral therapy adherence among non-adherent adolescents living with HIV in Botswana. *AIDS Care*. 2018 Feb;30(2):224–231.

ES

LA EFICACIA DE LAS MEDIDAS ORGANIZATIVAS Y LEGALES Y LAS NUEVAS PRÁCTICAS PARA COMBATIR LA INFECCIÓN POR VIH EN LA REGIÓN DE NOVOSSIBIRSK

D.V. Kapustin, L.L. Pozdnyakova, E.I. Krasnova, N.I. Khokhlova, A.K. Tsoi, N.I. Shulgina, Yu.A. Stashevskaya

Anotación

Objetivo del estudio: estudiar la eficacia de las medidas organizativas y legales y las nuevas prácticas para combatir la infección por VIH introducidas en la región de Novosibirsk en 2019–2022.

Materiales y métodos. El estudio se llevó a cabo sobre la base de la Institución Presupuestaria del Estado de Salud de la Institución Social Nacional «Hospital Clínico de Enfermedades Infecciosas de la Ciudad No. 1», una división del Centro para la Prevención y Control del SIDA.

Resultados de la investigación. La Orden del Ministerio de Salud de la Región de Novosibirsk № 3429 del 15 de octubre de 2019 garantizó la realización de pruebas obligatorias de infección por VIH a todos los pacientes hospitalizados con estado serológico desconocido durante el año, lo que aumentó significativamente la cobertura de las pruebas de VIH. En 2019–2022 Se introdujo un sistema para informar al Centro del SIDA sobre todos los pacientes con infección por VIH admitidos para tratamiento hospitalario: se enviaron 6.938 notificaciones al Centro del SIDA. De los

FR

L'EFFICACITÉ DES MESURES ORGANISATIONNELLES ET JURIDIQUES ET DES NOUVELLES PRATIQUES POUR LUTTER CONTRE L'INFECTION PAR LE VIH DANS LA RÉGION DE NOVOSSIBIRSK

D.V. Kapustin, L.L. Pozdnyakova, E.I. Krasnova, N.I. Khokhlova, A.K. Tsoi, N.I. Shulgina, Yu.A. Stashevskaya

Annotation

Objectif de l'étude: étudier l'efficacité des mesures organisationnelles et juridiques et des nouvelles pratiques de lutte contre l'infection par le VIH introduites dans la région de Novossibirsk en 2019–2022.

Matériels et méthodes. L'étude a été réalisée sur la base de l'Institution budgétaire de l'État pour la santé de l'Institution sociale nationale « Hôpital clinique municipal des maladies infectieuses n° 1 », une division du Centre de prévention et de contrôle du SIDA.

Résultats de recherche. L'arrêté du ministère de la Santé de la région de Novossibirsk n° 3429 du 15 octobre 2019 a assuré au cours de l'année le dépistage obligatoire de l'infection par le VIH chez tous les patients hospitalisés dont le statut VIH est inconnu, ce qui a considérablement augmenté la couverture du dépistage du VIH. En 2019–2022 Un système d'information du Centre de lutte contre le SIDA sur tous les patients infectés par le VIH admis en traitement hospitalier a été mis en place: 6938 notifications ont été envoyées au

2.717 pacientes que requirieron medidas para aumentar el nivel de adherencia y participación en el TAR, después de las medidas tomadas, el 18,9% de los pacientes retomaron el TAR; comenzó a tomar TAR por primera vez: 36,5%. Orden de la Institución Estatal de Salud Presupuestaria NSO "GIKB No. 1" No. 247 "Sobre la organización del apoyo familiar en el departamento "Centro para la Prevención y Control del SIDA" de la Institución Estatal de Salud Presupuestaria NSO "GIKB No. 1" de fecha 02/08/2021 establece el inicio del seguimiento de toda la familia por un solo médico, lo que mejora la adherencia de niños y padres al TAR. Durante los 4 meses de apoyo familiar, la proporción de padres que recibieron TAR y tuvieron un alto cumplimiento aumentó del 15,5% al 77,3%. Entre 45 niños que tenían un nivel previamente detectable de carga viral de ARN del VIH durante el TAR, el 20% (9 abs.) tuvo un nivel indetectable de carga viral dentro de los 3 meses, y el 13,3% (6 abs.) – dentro de los 2 meses.

Conclusión. Implementado en 2019–2022 En la región de Novosibirsk, las medidas organizativas y legales y las nuevas prácticas para combatir la infección por VIH han demostrado una alta eficacia: la cobertura de la observación en dispensarios de pacientes con infección por VIH aumentó del 79,3% al 86,5%, y la cobertura de la terapia antirretroviral, del 74,5% al 85,2%.

Palabras clave: infección por VIH, estrategia estatal, observación clínica, terapia antirretroviral, observación familiar.

Centre de lutte contre le SIDA. Sur les 2717 patients qui ont nécessité des mesures pour augmenter le niveau d'observance et d'implication dans le TAR, après les mesures prises, 18,9% des patients ont repris le TAR; ont commencé à prendre un TAR pour la première fois – 36,5%. Arrêté de l'Institution budgétaire de l'État de santé NSO «GIKB n° 1» n° 247 «Sur l'organisation de l'accompagnement familial dans le département «Centre de prévention et de contrôle du SIDA» de l'Institution budgétaire de l'État de santé NSO «GIKB n° 1» du 02/08/2021 pose le principe du suivi de toute la famille avec un seul médecin, ce qui améliore l'adhésion des enfants et des parents au TAR. Au cours des 4 mois d'accompagnement familial, la proportion de parents recevant un TAR et ayant une forte observance est passée de 15,5% à 77,3%. Parmi les 45 enfants qui avaient un niveau de charge virale en ARN du VIH précédemment détectable pendant le TAR, 20% (9 abs.) avaient un niveau de charge virale indétectable dans les 3 mois, et 13,3% (6 abs.) – dans les 2 mois.

Conclusion. Mis en œuvre en 2019–2022 dans la région de Novosibirsk, les mesures organisationnelles et juridiques et les nouvelles pratiques de lutte contre l'infection par le VIH ont montré une haute efficacité: la couverture de l'observation au dispensaire des patients infectés par le VIH a augmenté de 79,3% à 86,5%, et la couverture de la thérapie antirétrovirale – de 74,5% à 85,2%.

Mots clés: infection par le VIH, stratégie étatique, observation clinique, thérapie antirétrovirale, observation familiale.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTORS

Капустин Дмитрий Вячеславович – канд. мед. наук, ассистент кафедры инфекционных болезней, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Новосибирск, Россия. Руководитель подразделения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская инфекционная клиническая больница № 1», г. Новосибирск, Россия.

Dmitry V. Kapustin – Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Infectious Diseases, Novosibirsk State Medical University, Russia, Novosibirsk. Head of the department «Center for Prevention and Control of AIDS», City Infectious Clinical Hospital No. 1, Novosibirsk, Russia. E-mail: dmitrij_kapustin_1991@inbox.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7060-4710>

Позднякова Лариса Леонидовна – канд. мед. наук, главный врач, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская инфекционная клиническая больница № 1», г. Новосибирск, Россия.

Larisa L. Pozdnyakova – Candidate of Medical Sciences, Head of the Novosibirsk Region «City Infectious Clinical Hospital No. 1», Novosibirsk, Russia. E-mail: gikb1@yandex.ru

Краснова Елена Игоревна – д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Новосибирск, Россия.

Elena I. Krasnova – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Infectious Diseases, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia. E-mail: krasnova-inf@rambler.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3168-9309>.

Хохлова Наталья Игоревна – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры инфекционных болезней, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Новосибирск, Россия.

Natalia I. Khokhlova – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Infectious Diseases, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia. E-mail: talitas@bk.ru

Цой Ада Климентовна – заведующая поликлиникой Центра по профилактике и борьбе со СПИД, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская инфекционная клиническая больница № 1», г. Новосибирск, Россия.

Ada K. Tsoi – Head of the polyclinic of the Center for the Prevention and Control of AIDS, Novosibirsk Region «City Infectious Clinical Hospital No. 1», Novosibirsk, Russia. E-mail: aktsoy65@gmail.com

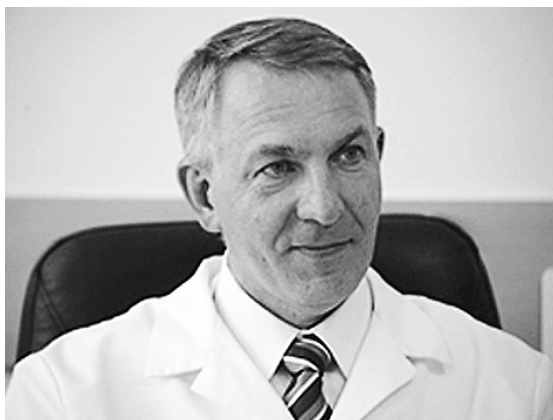
Шульгина Наталья Ивановна – канд. мед. наук, заведующая организационно-методическим отделом, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская инфекционная клиническая больница № 1», г. Новосибирск, Россия.

Natalia I. Shulgina – Candidate of Medical Sciences, Head of the Organizational and Methodological Department, Novosibirsk Region «City Infectious Clinical Hospital No. 1», Novosibirsk, Russia. E-mail: shulginani@yandex.ru

Сташевская Юлия Анатольевна – канд. мед. наук, заведующая эпидемиологическим отделом «Центр по профилактике и борьбе со СПИД» Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская инфекционная клиническая больница № 1», г. Новосибирск, Россия.

Yulia A. Stashevskaya – Candidate of Medical Sciences, Head of the Epidemiological Department «Center for the Prevention and Control of AIDS», Novosibirsk Region «City Infectious Clinical Hospital No. 1», Novosibirsk, Russia. E-mail: ykozyanova@yandex.ru

АКАДЕМИКУ ЕВГЕНИЮ ВЛАДИМИРОВИЧУ ШЛЯХТО – 70 ЛЕТ



Поздравляем с 70-летием академика РАН, доктора медицинских наук, профессора, Заслуженного деятеля науки РФ, генерального директора Национального медицинского исследовательского центра им. В. А. Алмазова, президента Российского кардиологического общества Евгения Владимировича Шляхто.

Евгений Владимирович Шляхто родился 29 июня 1954 года в г. Погар Брянской области.

В 1977 году окончил Первый Ленинградский медицинский институт им. акад. И.П. Павлова. В 1991 году защитил диссертацию на соискание степени доктора медицинских наук по специальности «Кардиология» на тему «Нейрогенные механизмы патогенеза гипертонической болезни и их участие в гипотензивном действии ряда антигипертензивных препаратов». В 1994 году присвоено ученое звание профессора.

С 1994 по 2001 год занимал должность проректора по научной работе Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова. С 1997 года по 2021 год заведовал кафедрой факультетской терапии университета. В 2001 году назначен директором НИИ кардиологии Минздрава России (позднее – ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России).

С 2001 года является главным кардиологом Санкт-Петербурга, с 2002 года – главным внештатным специалистом-кардиологом Минздрава России по Северо-Западному федеральному округу. С 2018 года – главный внештатный специалист-кардиолог Минздрава России по Северо-Западному, Приволжскому, Северо-Кавказскому и Южному федеральным округам, Херсонской и Запорожской областям.

В 2010 году вошел в состав рабочей группы экспертов Всемирной организации здравоохранения. С 2011 года – президент Российского кардиологического общества, вице-президент Национальной медицинской палаты. В 2014 году избран действительным членом Российской академии наук. С 2016 года – сопредседатель рабочей группы «Здравоохранение» Форума «Петербургский диалог».

В апреле 2020 года возглавил Межведомственную медицинскую рабочую группу при Межведомственном совете по противодействию распростра-

нению в Санкт-Петербурге новой коронавирусной инфекции (COVID-19). 27 апреля 2020 года назначен советником губернатора Санкт-Петербурга по вопросам здравоохранения.

Е.В. Шляхто создал и развивает известную в России и за рубежом научно-клиническую школу, отличительными чертами которой является междисциплинарный подход к комплексному решению наиболее актуальных научно-практических и образовательных задач современной медицины на основе технологий «прорывного характера». Результаты исследований Е.В. Шляхто обобщены более чем в 1000 публикациях, десятках монографий, учебников и руководств, 34 патентах на изобретения и 2 открытиях. Е.В. Шляхто – инициатор издания и главный редактор Российского национального руководства по кардиологии (2015, 2017, 2021). Учениками Е.В. Шляхто, под его руководством и при научном консультировании, защищено 22 докторских и 57 кандидатских диссертаций.

Е.В. Шляхто – главный редактор журналов «Российский кардиологический журнал», «Трансляционная медицина» и «Вестник аритмологии». Член редколлегии European Heart Journal.

Е.В. Шляхто – лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники (2009 г.), Премии Правительства Санкт-Петербурга и Санкт-Петербургского Научного центра РАН за выдающиеся достижения в области науки и техники в номинации «Физиология и медицина» – Премии имени И.П. Павлова (2011 г.), Премии Правительства Санкт-Петербурга за выдающиеся достижения в области высшего и среднего профессионального образования (2014 г.) в номинации «Научные достижения, способствующие повышению качества подготовки специалистов и кадров высшей квалификации».

Е.В. Шляхто награжден Орденом Почета (2012), медалью «За заслуги перед отечественным здравоохранением» (2014), Орденом «За заслуги перед Отечеством IV степени» (2017), Орденом Пирогова (2023), Золотой медалью Европейского кардиологического общества (2018), Юбилейной медалью «300 лет Российской академии наук» (2024).

Отмечен Почётной грамотой Президента Российской Федерации (2020), Благодарностью Председателя Совета Федерации Федерального собрания Российской Федерации (2019), Благодарностью Законодательного собрания Санкт-Петербурга за выдающиеся заслуги в сфере здравоохранения в Санкт-Петербурге (2014), Благодарностью Губернатора Санкт-Петербурга за многолетний добросовестный труд и большой личный вклад в развитие системы здравоохранения в Санкт-Петербурге (2014). В 2020 году Законодательным Собранием Санкт-Петербурга избран Почетным гражданином Санкт-Петербурга.

Е.В. Шляхто – Почетный член Европейского общества кардиологов, Американского колледжа кардиологов, Американской ассоциации сердца.

Желаем Евгению Владимировичу здоровья, долгих лет жизни, благополучия и творческого вдохновения!

АКАДЕМИКУ ОКСАНЕ МИХАЙЛОВНЕ ДРАПКИНОЙ – 55 ЛЕТ



Поздравляем с 55-летним юбилеем академика РАН, доктора медицинских наук, профессора, внештатного специалиста по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, Оксану Михайловну Драпкину.

Оксана Михайловна Драпкина родилась 30 июня 1969 года.

В 1992 г. закончила Московскую медицинскую академию им. И. М. Сеченова.

С 1992 по 1997 гг. работала в отделении интенсивной терапии и реанимации клиники пропедевтики внутренних болезней ММА им. И. М. Сеченова, в последующие годы – на кафедре пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО ПМГМУ им. И. М. Сеченова, где прошла путь от ассистента кафедры до профессора.

С 2015 по 2017 гг. занимала должность первого заместителя директора по научной и лечебной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, с 2017 г. является директором Центра.

В 2016 году избрана членом-корреспондентом РАН. В 2022 года избрана академиком РАН по специальности «Терапия».

В 2017 году назначена на должность главного внештатного специалиста-терапевта Минздрава России.

Ею опубликовано более 1000 работ в отечественных и зарубежных журналах, изданы 21 монография, 45 учебно-методических работ. Под её научным руководством защищены 31 кандидатская и 5 докторских диссертаций. Выпущено 87 патентов и 130 свидетельств о государственной регистрации баз данных.

Оксана Михайловна вносит огромный вклад в непрерывное образование врачей, являясь исполнительным директором Всероссийской образовательной Интернет-сессии. В 2001 г. была создана масштабная научно-информационная система «Интернист» как проект для дистанционного

усовершенствования врачей, которая на протяжении многих лет обеспечивает доступ к специальным медицинским знаниям широкому кругу специалистов. Большим успехом пользуются авторские образовательные программы О. М. Драпкиной («Медицинский детектив»), видеолекции и клинические разборы.

Драпкина О. М. – главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, член президиума ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации, член Экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по Социальной политике Федерального Собрания Российской Федерации, заместитель председателя Научно-практического совета Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В соответствии с указом Президента России «Об утверждении членов Общественной палаты Российской Федерации» № 254 от 10 апреля 2020 г. профессор О. М. Драпкина включена в состав членов Общественной палаты Российской Федерации.

Драпкина О. М. является Лауреатом премии Правительства РФ в области образования. Удостоена почетной грамоты Министра здравоохранения Российской Федерации «За заслуги в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд» (2013 г., 2017 г.). В 2019 г. объявлена благодарность Председателя Совета Федерации Федерального собрания Российской Федерации В. И. Матвиенко за большой вклад в развитие здравоохранения, медицинской науки и многолетнюю плодотворную работу по оказанию высококвалифицированной медицинской помощи. В 2019 г. объявлена благодарность мэра г. Москвы С. С. Собянина за вклад в развитие здравоохранения г. Москвы и многолетний добросовестный труд. В 2020 г. объявлена благодарность Президента Российской Федерации за вклад в организацию и проведение мероприятий, направленных на социальную поддержку граждан в период эпидемии коронавирусной инфекции в Российской Федерации; благодарность Комитета по охране здоровья Государственной думы Федерального Собрания Российской Федерации за высокий профессионализм, добросовестный труд и большой вклад в развитие отечественного здравоохранения; удостоена почетной грамоты РАН за добросовестный труд, высокий профессионализм и большой личный вклад в борьбу с коронавирусной инфекцией. За значительный вклад в укрепление системы общественного здоровья награждена медалью имени Николая Александровича Семашко.

В 2020 г. О. М. Драпкиной присвоено звание «Заслуженный врач Российской Федерации». В 2022 г. награждена орденом Пирогова.

Сердечно поздравляем Оксану Михайловну с 55-летием и желаем крепкого здоровья, благополучия, счастья и дальнейших творческих и профессиональных успехов!

АКАДЕМИКУ СТИЛИДИ ИВАНУ СОКРАТОВИЧУ – 60 ЛЕТ



Поздравляем с 60-летием доктора медицинских наук, профессора, академика Российской академии наук, главного внештатного онколога Минздрава, директора ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России Ивана Сократовича Стилиди

Иван Сократович Стилиди родился 1 апреля 1964 года в г. Сухуми Абхазской ССР (ныне Сухум, Республика Абхазия).

И.С. Стилиди в 1988 году окончил 2-й Московский ордена Ленина государственный медицинский институт им. Н.И. Пирогова (МОЛГМИ, ныне – Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова) по специальности «Лечебное дело». Свою трудовую деятельность начал, ещё будучи абитуриентом, в 1981 году, санитаром операционного блока, затем в студенческие годы, до 1988 года работал медбратом. Далее весь трудовой и творческий путь И.С. Стилиди связан с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России – крупнейшим в Европе онкологическим центром, представляющим собой агломерацию 5-ти научно-исследовательских институтов: в 1988–1992 гг. – врач-хирург отделения торакальной онкологии НИИ клинической онкологии, в 1992–1998 гг. – старший научный сотрудник, в 1998–2005 гг. – ведущий научный сотрудник хирургического отделения торакальной онкологии НИИ клинической онкологии, в 2005–2017 гг. – заведующий отделением абдоминальной онкологии НИИ клинической онкологии, в 2006–2007 гг. также возглавлял хирургическое отделение № 2 торако-абдоминальной онкологии НИИ детской онкологии. С 2018 года И.С. Стилиди возглавляет ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина». За эти годы Центр многократно повысил доступность онкологической помощи федерального уровня для граждан России. Здесь оказывают абсолютно весь спектр помощи. Сюда направляются пациенты с особо сложными случаями, в том числе с неизвестной локализацией первичного очага.

С 2018 года – заведующий Кафедрой онкологии и лучевой терапии Лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. В 2000–2004 гг. – ассистент Кафедры онкологии и паллиативной медицины Хирургического факультета, с 2004 года – профессор Кафедры Российской

медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава РФ.

С 2019 года – академик РАН (отделение медицинских наук).

Академик И.С. Стилиди – признанный лидер онкохирургии в России и за рубежом, в совершенстве владеющий сложнейшими типами и объемами операций. И.С. Стилиди – наследник и продолжатель известной во всем мире российской Школы онкохирургии академика М.И. Давыдова, «золотой скальпель России», виртуозно оперирующий больных, страдающих злокачественными опухолями магистральных сосудов и торако-абдоминальной локализации.

Область научных интересов И.С. Стилиди – хирургическое и комбинированное лечение опухолей лёгкого, средостения, органов желудочно-кишечного тракта, панкреато-билиарной зоны, почек и надпочечников, неорганных забрюшинных сарком, органов малого таза, включая случаи, осложненные протяженным опухолевым тромбозом магистральных сосудов и камер сердца. У И.С. Стилиди самый большой опыт в лечении такой сложной онкологической патологии, как первичные саркомы нижней полой вены. Большую известность в России и за рубежом приобрели работы И.С. Стилиди, посвященные хирургическому лечению больных раком внутригрудного отдела пищевода. Получены обнадеживающие отдаленные результаты при использовании предоперационной химиотерапии у больных раком пищевода. Детально разработаны технические аспекты комбинированных хирургических вмешательств, в том числе с резекцией и протезированием аорты и нижней полой вены, что позволило спасти пациентов, ранее считавшихся неоперабельными. Все эти технологии на сегодня внедрены в клиническую практику большинства онкологических учреждений нашей страны.

И.С. Стилиди – автор 632 опубликованных научных работ, в том числе 12 монографий, автор учебных фильмов, автор 14 изобретений. Под его руководством защищено 17 кандидатских диссертаций и 7 докторских диссертаций.

И.С. Стилиди – главный редактор журнала «Хирургия и онкология», член редколлегии журналов «Анналы хирургии», «Грудная и сердечно-сосудистая хирургия» и др.

Председатель диссертационного ученого совета Д001.017.01, председатель Объединенного ученого совета ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, председатель ученого совета НИИ клинической онкологии имени академика Н.Н. Трапезникова.

И.С. Стилиди награжден орденом Дружбы, орденом Почёта. Лауреат Государственной премии РФ – за разработку профилактических и клинических методов, направленных на предотвращение заболеваний, снижение смертности и увеличение ожидаемой продолжительности жизни граждан.

Отмечен орденом Святого Луки от Русской Православной Церкви.

Редакция журнала и все коллеги желают Ивану Сократовичу долгих лет жизни, крепкого здоровья, благополучия и профессиональных успехов!

ПЯТЬ РОССИЙСКИХ УЧЕНЫХ ВОШЛИ В РЕЙТИНГ ВЕДУЩИХ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ МИРА В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ ПО ВЕРСИИ RESEARCH.COM MEDICINE

Третье издание рейтинга лучших исследователей Research.com Medicine представило отчет о ведущих ученых в области медицины. Рейтинг Research.com Medicine составлен на основе данных, объединенных из нескольких источников данных, включая OpenAlex и CrossRef. Библиометрические данные для оценки показателей цитируемости были получены 21 ноября 2023 г. Позиция в рейтинге основана на D-индексе ученого (дисциплинарный индекс Хирша), который включает только публикации и показатели цитирования для исследуемой дисциплины.

Порог D-индекса для допуска ученого к рассмотрению устанавливался на уровне 70, если большинство его публикаций относятся к области медицины. Требования к включению ученых в рейтинг Research.com Medicine основаны на величине D-индекса, доле публикаций, сделанных в конкретной области, а также наградах и достижениях исследователей. Порог D-индекса для включения лучших исследователей устанавливается с шагом 10 в зависимости от общего количества ученых, оцененных по каждой дисциплине, при этом гарантируя, что в список будет включен 1% ведущих ученых. Оценивали близость между общим индексом Хирша ученого и его D-индексом в 30% или меньше. Указанному перечню требований соответствовало 70665 ученых.

В рейтинг Research.com Medicine вошли 5 российских исследователей, что обусловило 38-е место Российской Федерации в мире.

Самую высокую позицию рейтинга с D-индексом 96 занял **Юрий Сергеевич Аульченко**, доктор биологических наук, заведующий лабораторией теоретической и прикладной функциональной геномики факультета естественных наук Новосибирского государственного университета, сотрудник Института цитологии и генетики СО РАН, почетный профессор Университета Эдинбурга, один из ведущих специалистов в области статистической и вычислительной генетики количественных признаков и мультифакторных заболеваний человека.

Такой же индекс D96 имеет **Гайнетдинов Рауль Раульевич**, директор Института трансляционной

биомедицины Санкт-Петербургского университета и научный руководитель Клиники высоких медицинских технологий имени Н.И. Пирогова СПбГУ, один из мировых лидеров в области фармакологии системы дофамина и рецепторов следовых аминов.

Третьим россиянином рейтинга с индексом D84 среди лучших ученых-медиков мира стал **Давид Георгиевич Заридзе**, онколог-эпидемиолог, профессор, член-корреспондент РАН, президент Противоракового общества России, руководитель отдела клинической эпидемиологии НИИ клинической онкологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина». Признанный в мире эксперт в области эпидемиологии и профилактики рака. На протяжении многих лет он являлся приглашенным профессором Оксфордского университета и приглашенным ученым Международного института профилактики в Лионе. Удостоен Государственной премии РФ в области науки и технологий за 2021 г. за разработку профилактических и клинических методов, направленных на предотвращение заболеваний, снижение смертности, и увеличение ожидаемой продолжительности жизни граждан.

Индекс D74 рассчитан для **Орехова Александра Николаевича**, доктора биологических наук, профессора, директора Научно-исследовательского института атеросклероза, действительного члена Российской Академии естественных наук, члена Президиума Европейской Академии естественных наук, действительного члена Международной Академии авторов научных открытий и изобретений, члена Всероссийского научного общества кардиологов.

Пятым ученым мирового уровня с индексом D74 признан **Сергей Артурович Недоспасов**, доктор биологических наук, академик РАН, крупнейший специалист в области иммунологии, руководитель лаборатории молекулярной иммунологии Института молекулярной биологии РАН им. В.А. Энгельгардта, заведующий отделом молекулярной иммунологии НИИ физико-химической биологии им. А.Н. Белозерского МГУ им. М.В. Ломоносова (таблица 1)

Таблица 1

Российские ученые, вошедшие в рейтинг ведущих исследователей мира в области медицины по версии Research.com Medicine: 2024

Ведущий исследователь мира в области медицины	Место в мировом рейтинге	D-индекс	Количество цитат	Количество публикаций
Юрий Сергеевич Аульченко	7247	96	51,774	294
Рауль Рафаилович Гайнетдинов	7298	96	40,002	367
Давид Георгиевич Заридзе	12196	84	26,643	341
Орехов Александр Николаевич	17242	74	19,768	874
Сергей Артурович Недоспасов	18399	71	17,893	307

Источник: подготовлено редакцией журнала «Общественное здоровье» на основе данных <https://research.com/scientists-rankings/medicine/ru>



Журнал в электронном виде

